

## На пути к улучшению исходов беременности III

Процесс оптимизации перинатального здравоохранения  
посредством проведения инициатив по улучшению качества,  
безопасности и производительности труда

Декабрь 2010 г.

march  of dimes®

USAID Health Care Improvement Project thanks March of Dimes Foundation for permission to create this translation that was prepared by USAID Health Care Improvement Project.

Проект AMP США по совершенствованию здравоохранения выражает благодарность фонду March of Dimes за разрешение на выполнение этого перевода, подготовленного Проектом AMP США по совершенствованию здравоохранения.

# Координационный комитет документа ТЮР III

*Миссия фонда  
March of Dimes  
заключается в  
улучшении  
здоровья  
малышей с  
помощью  
профилактики  
врожденных  
аномалий,  
преждевременн  
ых родов и  
младенческой  
смертности*

**William Oh, MD, FAAP, Chair**  
Professor, Department of Pediatrics,  
Warren Alpert Medical School  
of Brown University  
Women and Infants' Hospital  
Providence, RI

**Scott D. Berns, MD, MPH, FAAP**  
*Senior Vice President, Chapter Programs,*  
March of Dimes Foundation,  
National Office  
White Plains, NY  
Clinical Professor, Department of  
Pediatrics  
Warren Alpert Medical School  
of Brown University  
Providence, RI

**Ann Scott Blouin, RN, PhD**  
Executive Vice President,  
Accreditation and Certification Operations  
The Joint Commission  
Oakbrook Terrace, IL

**Deborah E. Campbell, MD, FAAP**  
Director, Division of Neonatology  
Children's Hospital at Montefiore  
Professor of Clinical Pediatrics  
Associate Professor of  
Obstetrics & Gynecology  
and Women's Health  
Albert Einstein College of Medicine  
New York, NY

**Alan R. Fleischman, MD**  
Senior Vice President and Medical  
Director,  
March of Dimes Foundation,  
National Office  
White Plains, NY  
Clinical Professor of Pediatrics and  
Clinical Professor of  
Epidemiology & Population Health  
Albert Einstein College of Medicine  
New York, NY

**Paul A. Gluck, MD**  
Associate Clinical Professor, Obstetrics  
and Gynecology  
University of Miami  
Department of Obstetrics and Gynecology  
Miller School of Medicine  
Miami, FL

**Margaret E. O'Kane**  
President  
National Committee  
for Quality Assurance  
Washington, DC

**Anne Santa-Donato, RNC, MSN**  
Director, Childbearing  
and Newborn Programs  
Association of Women's Health,  
Obstetric, and Neonatal Nurses  
(AWHONN)  
Washington, DC

**Kathleen Rice Simpson, PhD, RNC,  
FAAN**  
Perinatal Clinical Nurse Specialist,  
St. John's Mercy Medical Center  
St. Louis, MO

**Ann R. Stark, MD**  
Professor of Pediatrics  
Baylor College of Medicine  
Houston, TX

**John S. Wachtel, MD, FACOG**  
Obstetrician Gynecologist  
Menlo Medical Clinic,  
Menlo Park, CA  
Adjunct Clinical Professor  
Department of Obstetrics and Gynecology  
Stanford University School of Medicine  
Stanford, CA

---

## Сотрудники документа ТЮР III

Scott D. Berns, MD, MPH, FAAP, *Редактор*

Andrea Kott, MPH, *Консультант-редактор*

Nicole DeGroat

Kimberly Паар

Kelli Signorile

Ann Umemoto

# На пути к улучшению ИСХОДОВ беременности III

Финансовая поддержка предоставлена:

American Academy  
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



The American College of  
Obstetricians and Gynecologists

Women's Health Care Physicians



USAID Health Care Improvement Project thanks March of Dimes Foundation for permission to create this translation that was prepared by USAID Health Care Improvement Project.

Проект AMP США по совершенствованию здравоохранения выражает благодарность фонду March of Dimes за разрешение на выполнение этого перевода, подготовленного Проектом AMP США по совершенствованию здравоохранения.



**USAID**  
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

ПРОЕКТ ПО  
УЛУЧШЕНИЮ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

# Оглавление выборки ТЮР III

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Группа советников ТЮР III</b>  | <b>5</b>  |
| <b>Авторы</b>   | <b>6</b>  |
| <b>Краткое содержание</b>   | <b>9</b>  |
| <b>Глава 1: История движения за улучшение качества</b>  | <b>11</b> |
| <b>Глава 2: Эволюция улучшения качества в перинатальной помощи</b>  | <b>19</b> |
| <b>Глава 6: Возможности улучшения качества при оказании дородовой помощи</b>                                    | <b>30</b> |
| <b>Глава 7: Возможности улучшения качества при оказании помощи в родах</b>                                      | <b>41</b> |
| <b>Глава 8: Применение принципов улучшения качества при осуществлении ухода за новорожденным высокого риска</b> | <b>53</b> |
| <b>Глава 9: Возможности улучшения качества в оказании послеродовой помощи</b>                                   | <b>67</b> |
| <b>Глава 13: Возможности практических действий и обобщение рекомендаций</b>                                     | <b>85</b> |

# Группа советников ТИОР III

*Содержание  
этой монографии  
и рекомендации, а  
также  
выраженные  
мнения не всегда  
представляют  
собой  
официальные  
взгляды  
организаций и  
учреждений, с  
которыми  
сотрудничают  
авторы, или  
точки зрения  
членов  
Экспертного  
совета*

## **Agency for Healthcare Research and Quality**

Beth Collins Sharp  
Senior Advisor for Women's Health  
and Gender Research

## **American Academy of Family Physicians**

Carl R. Olden, MD, FAAP  
Vice Chair of Advisory Board of AAFP,  
Advanced Life Support in Obstetrics  
Program (ALSO)

## **American College of Nurse Midwives**

Tina Johnson, CNM, MS  
Director of Professional Practice  
and Health Policy

## **American Hospital Association**

Beth Feldpush, PhD  
Senior Associate Director, Policy  
Bonnie Connors Jellon, MHSA  
Director, AHA Section for  
Maternal Child Health

## **American Public Health Association**

Georges C. Benjamin, MD, FACP,  
FACEP  
Executive Director

## **America's Health Insurance Plans**

Karen Ignagni  
President and Chief Executive Officer

## **Association of Maternal and Child Health Programs**

Michael Fraser, PhD  
Chief Executive Officer

## **Centers for Disease Control and Prevention**

CAPT Wanda D. Barfield, MD, MPH  
Director, Division of Reproductive Health,  
National Center for Chronic Disease  
Prevention and Health Promotion

## **Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)**

Lekisha Daniel-Robinson, MPH  
Center for Medicaid, CHIP and Survey &  
Certifications (CMCS), Division of  
Quality, Evaluation, and Health Outcomes

## **Health Resources and Services Administration**

Christopher DeGraw, MD  
Deputy Director, Division of Research,  
Training and Education

## **Institute for Healthcare Improvement**

Sue Leavitt Gullo, RN, MS, BSN  
Managing Director  
Director, Labor and Delivery, Maternity,  
Lactation Services, Childbirth and Family  
Education, Infant Loss Program,  
Elliott Hospital and Director

## **National Association of Children's Hospitals and Related Institutions**

Sandy McElligott, MBA, RN, CNA, BC  
Senior Vice President/Chief Nursing  
Officer,  
Texas Children's Hospital

## **National Association of Neonatal Nurses**

Lori Armstrong, MS, RN  
President

## **National Business Group on Health**

Cynthia Tuttle, PhD, MPH  
Vice President,  
Center for Prevention and Health Services

## **National Hispanic Medical Association**

Diana E. Ramos, MD, MPH, FACOG  
Leadership Fellow  
Associate Professor in OB/GYN  
University of Southern California  
Keck School of Medicine

## **National Initiative for Children's Healthcare Quality**

Karthika Streb  
Senior Project Manager and  
Director of Program Management  
and Staffing

## **National Institute of Child and Human Development**

Lisa Kaeser  
Program Analyst

## **National Medical Association**

Ivonne Fuller Bertrand, MPA  
Associate Executive Director

## **National Partnership for Women and Families**

Lee Partridge  
Health Policy Advisor

## **National Perinatal Association**

Mary Anne Laffin, Midwife  
President-Elect

## **National Perinatal Information Center**

Janet H. Muri, MBA  
President

## **National Quality Forum**

Janet M. Corrigan, PhD  
President and Chief Executive Officer

## **Pediatric/Obstetric Medical Group**

Alan Spitzer, MD  
Senior Vice President and Director,  
Center for Research and Education

## **Society for Maternal-Fetal Medicine**

Daniel O'Keefe, MD  
Executive Vice President

## **Vermont Oxford Network**

Jeffrey D. Horbar, MD  
Chief Executive & Scientific Officer

## Авторы

### **Marie R. Abraham, MA**

Senior Policy and Program Specialist  
Institute for Patient- and  
Family-Centered Care  
Bethesda, MD

### **Diane M. Ashton, MD, MPH, FACOG**

Deputy Medical Director  
March of Dimes Foundation, National Office  
White Plains, NY  
Assistant Clinical Professor, Department  
of Obstetrics & Gynecology  
SUNY Downstate Medical Center  
New York, NY

### **Maribeth Badura, RN, MSN\***

Former Director of Health Resources and  
Services Administration (HRSA)  
Maternal Child Health Bureau's  
Division of Healthy Start and  
Perinatal Services  
Bethesda, MD

### **Wanda D. Barfield, MD, MPH, FAAP**

Director, Division of Reproductive Health  
Centers for Disease Control and Prevention  
Atlanta, GA

### **Cheryl Tatano Beck, DNSc, CNM, FAAN**

Distinguished Professor  
University of Connecticut  
Storrs, CT

### **Vincenzo Berghella, MD**

Director, Maternal-Fetal Medicine  
Thomas Jefferson University  
Philadelphia, PA  
Professor, Department of Obstetrics &  
Gynecology  
Thomas Jefferson University  
Philadelphia, PA

### **Scott D. Berns, MD, MPH, FAAP**

Senior Vice President, Chapter Programs  
March of Dimes Foundation, National Office  
White Plains, NY  
Clinical Professor, Department of Pediatrics  
Warren Alpert Medical School of Brown  
University  
Providence, RI

### **Vani R. Bettgowda, MHS**

Acting Director, Perinatal Data Center  
March of Dimes Foundation, National Office  
White Plains, NY

### **Eric Bieber, MD**

System Chief Medical Officer  
University Hospitals  
Cleveland, OH

### **Ann Scott Blouin, RN, PhD**

Executive Vice President  
Accreditation and Certification Operations  
The Joint Commission  
Oakbrook Terrace, IL

### **Deborah E. Campbell, MD, FAAP**

Director, Division of Neonatology  
Children's Hospital at Montefiore  
New York, NY  
Professor of Clinical Pediatrics  
Associate Professor of Obstetrics  
& Gynecology and Women's Health  
Albert Einstein College of Medicine  
New York, NY

### **Joanna F. Celenza, MA, MBA**

March of Dimes/CHaD ICN  
Family Resource Specialist  
Children's Hospital at  
Dartmouth-Hitchcock Medical Center  
Lebanon, NH

### **Mark R. Chassin, MD, FACP, MPP, MPH**

President  
The Joint Commission  
Oakbrook Terrace, IL

### **Steven L. Clark, MD, FACOG**

Medical Director, Women's and Children's  
Clinical Services  
Hospital Corporation of America  
Nashville, TN

### **James W. Collins, Jr., MD, MPH**

Medical Director  
Neonatal Intensive Care Unit  
Children's Memorial Hospital  
Chicago, IL  
Professor, Department of Pediatrics  
Northwestern University  
Feinberg School of Medicine  
Chicago, IL

### **Raymond Cox, MD, MBA**

Chairman, Department of  
Obstetrics and Gynecology  
Saint Agnes Hospital  
Baltimore, MD

### **Karla Damus, PhD, MSPH, MN, RN, FAAN**

Clinical Professor, School of Nursing  
Bouvé College of Health Sciences  
Northeastern University  
Boston, MA

### **Diana L. Dell, MD**

Assistant Professor Emeritus  
Department of Psychiatry  
Duke University Medical Center  
Durham, NC

### **Siobhan M. Dolan, MD, MPH**

Associate Professor  
Department of Obstetrics  
& Gynecology and Women's Health  
Albert Einstein College of Medicine/  
Montefiore Medical Center  
New York, NY

**Edward F. Donovan, MD**  
Co-Lead, Ohio Perinatal  
Quality Collaborative  
James M. Anderson Center for Health  
Systems Excellence  
Cincinnati Children's Hospital  
Medical Center  
Cincinnati, OH  
Professor of Clinical Pediatrics  
University of Cincinnati College of Medicine  
Cincinnati, OH

**Susan M. Dowling-Quarles, BSN, MA**  
Principal  
Premier Consulting Solutions  
Charlotte, NC

**Alan R. Fleischman, MD**  
Senior Vice President and Medical Director  
March of Dimes Foundation, National Office  
White Plains, NY  
Clinical Professor of Pediatrics and  
Clinical Professor of  
Epidemiology & Population Health  
Albert Einstein College of Medicine  
New York, NY

**Margaret Comerford Freda,  
EdD, RN, CHES, FAAN**  
Editor, MCN The American Journal of  
Maternal Child Nursing  
Professor of Clinical Obstetrics &  
Gynecology and Women's Health  
New York, NY

**Paul A. Gluck, MD**  
Associate Clinical Professor, Obstetrics  
and Gynecology  
University of Miami  
Department of Obstetrics and Gynecology  
Miller School of Medicine  
Miami, FL

**Jeffrey B. Gould, MD, MPH**  
Director, Perinatal Epidemiology  
and Health Outcomes Research Unit  
Stanford University Medical Center  
Stanford, CA  
Robert L. Hess Professor of Pediatrics  
Division of Neonatal  
and Developmental Medicine  
Stanford University School of Medicine  
Stanford, CA

**Gary D.V. Hankins, MD**  
Professor and Chairman  
Department of Obstetrics & Gynecology  
University of Texas Medical Branch  
Galveston, TX

**Jeffrey D. Horbar, MD**  
Chief Executive and Scientific Officer  
Vermont Oxford Network  
Burlington, VT  
Jerold F. Lucey Professor of  
Neonatal Medicine  
University of Vermont College of Medicine  
Burlington, VT

**Jay D. Iams, MD**  
Frederick P. Zuspan Professor  
& Endowed Chair  
Division of Maternal Fetal Medicine  
Department of Obstetrics & Gynecology  
The Ohio State University College of  
Medicine  
Columbus, OH

**Beverly H. Johnson**  
President and Chief Executive Officer  
Institute for Patient and  
Family-Centered Care  
Bethesda, MD

**Carole A. Kenner, PhD, RNC-NIC, FAAN**  
President  
Council of International Neonatal Nurses, Inc.  
Dean/Professor School of Nursing  
Associate Dean  
Bouvé College of Health Sciences  
Northeastern University  
Boston, MA

**Sarah J. Kilpatrick, MD, PhD**  
Department Head, Obstetrics and Gynecology  
Vice Dean  
University of Illinois College of Medicine  
Chicago, IL

**Eric Knox, MD, FACOG**  
Chief of OB Risk & Safety Officer  
PeriGen, Inc.  
Princeton, NJ

**Andrea Kott, MPH**  
Consulting Editor  
March of Dimes Foundation, National Office  
White Plains, NY

**Eve Lackritz, MD**  
Chief, Maternal & Infant Health Branch  
Division of Reproductive Health  
National Center for Chronic Disease  
Prevention and Health Promotion  
Centers for Disease Control & Prevention  
Atlanta, GA

**George A. Little, MD**  
Neonatal/Perinatal Medicine  
Dartmouth-Hitchcock Medical Center  
Professor of Pediatrics and of Ob/Gynecology  
Dartmouth Medical School  
Hanover, NH

**Michael C. Lu, MD, MPH**  
Associate Professor,  
Obstetrics and Gynecology  
Associate Director, Child and Family Health  
Training Program  
University of California at Los Angeles  
Los Angeles, CA

**Barbara S. Medoff-Cooper, RN, PhD, FAAN**  
Professor  
University of Pennsylvania, School of Nursing  
Philadelphia, PA

**Merry-K. Moos, RN, FNP, MPH, FAAN**  
Research Professor (retired)  
Department of Obstetrics and Gynecology  
University of North Carolina at Chapel Hill  
Raleigh, NC

**Janet H. Muri, MBA**  
President  
National Perinatal Information Center  
Providence, RI

**William Oh, MD, FAAP**  
Professor, Department of Pediatrics  
Warren Alpert Medical School of Brown  
University  
Women and Infants' Hospital  
Providence, RI

**Margaret E. O'Kane**  
President  
National Committee for Quality Assurance  
Washington, DC

**Bryan T. Oshiro, MD**  
Vice Chairman and Associate Professor  
Department of Obstetrics and Gynecology  
Loma Linda University School of Medicine  
Loma Linda, CA

**Joann R. Petrini, PhD, MPH**  
Assistant Director of Research  
Danbury Hospital  
Danbury, CT  
Associate Clinical Professor, Obstetrics &  
Gynecology and Women's Health  
Albert Einstein College of Medicine  
New York, NY

**Samuel F. Posner, PhD**  
Editor in Chief, Preventing Chronic Disease  
Deputy Associate Director for Science  
National Center for Chronic Disease  
Prevention and Health Promotion  
Centers for Disease Control and Prevention  
Atlanta, GA

**Stephen D. Ratcliffe, MD, MSPH**  
Program Director  
Lancaster General Hospital Family Medicine  
Residency  
Lancaster, PA  
Clinical Associate Professor  
Temple University School of Medicine  
Philadelphia, PA  
Clinical Associate Professor  
Penn State College of Medicine  
Hershey, PA

**Nancy Jo Reedy, RN, CNM, MPH, FACNM**  
Director of Nurse-Midwifery Services  
Texas Health Care, PLLC  
Fort Worth, TX

**Anne Santa-Donato, RNC, MSN**  
Director, Childbearing and Newborn Programs  
Association of Women's Health,  
Obstetric and Neonatal Nurses  
Washington, DC

**Kathleen Rice Simpson, PhD, RNC, FAAN**  
Perinatal Clinical Nurse Specialist  
St. John's Mercy Medical Center  
St. Louis, MO

**Lora Sparkman, RN, MHA**  
Director, Clinical Excellence  
Ascension Health  
St. Louis, MO

**Ann R. Stark, MD**  
Professor of Pediatrics  
Baylor College of Medicine  
Houston, TX

**Bruce C. Vladeck, PhD**  
Senior Advisor  
Nexera Inc.  
New York, NY

**John S. Wachtel, MD, FACOG**  
Obstetrician Gynecologist  
Menlo Medical Clinic,  
Menlo Park, CA  
Adjunct Clinical Professor  
Department of Obstetrics and Gynecology  
Stanford University School of Medicine  
Stanford, CA



# Краткое содержание

Andrea Kott и Scott D. Berns

“На пути к улучшению исходов беременности: совершенствование перинатального здравоохранения посредством проведения инициатив по улучшению качества, безопасности и производительности труда” (Toward Improving the Outcome of Pregnancy: Enhancing Perinatal Health Through Quality, Safety and Performance Initiatives) [ТЮР III] – это призыв к действию. Он представляет собой методiku для всех тех, кто стремится укрепить перинатальное здоровье, – клиницистов, находящихся на передней линии, а также специалистов по общественному здоровью, исследователей, плательщиков, лиц, отвечающих за политику в области здравоохранения, пациентов и их семей. ТЮР III изобилует примерами многообещающих и успешных инициатив, проводившихся в госпиталях и системах охраны здоровья по всей стране, которые задумывались для улучшения качества перинатальной помощи.

Каждая глава рассматривает элементы, необходимые для улучшения качества, безопасности и производительности труда на протяжении континуума оказания перинатальной помощи, такие как последовательный сбор и количественное измерение данных, научно-обоснованные инициативы, выполнение требований руководств по клинической практике, особенности периодов жизненного цикла, помощь, оказываемая с центром внимания на пациенте и семье, с учетом культурных и языковых особенностей, регламентирующие документы, поддерживающие оказание высококачественной перинатальной помощи и внедрение системных перемен.

Как и демонстрирует ТЮР III, улучшение качества перинатальной помощи зависит от применения научно-доказательной практики и клинических руководств на протяжении всего жизненного цикла женщины. Это означает скрининг и мониторинг состояний, которые способны неблагоприятно повлиять на течение нормальной беременности задолго до того, как женщина начнет обдумывать возможность забеременеть; это подразумевает комплексный подход к оказанию женщине помощи до зачатия, во время беременности, между зачатиями и после родов с уважением к культурным особенностям, при уместности с позиций

языка и развития и с учетом биологических, эмоциональных, а также социально-экономических факторов, способных повлиять на ее здоровье и доступ к медицинскому обслуживанию.

Было показано, что многие из этих видов научно-доказательной практики – CenteringPregnancy®, метод “Кенгуру” и исключительно грудное вскармливание – улучшают перинатальные исходы за счет расширения возможностей пациентов, ставя пациентов, их новорожденных детей и семьи во главу угла своей помощи и делая их составной частью обслуживающей их и принимающей решения медицинской бригады.

Каждая глава ТЮР III иллюстрирует стратегии и вмешательства, инкорпорирующие надежные процессы и системные изменения, включая мощь сотрудничества на все территории штата, направленных на улучшение качества, что в свою очередь улучшает перинатальные исходы. Каждая глава завершается обобщением сквозных тем и действий, которые заинтересованные стороны на всем протяжении оказания перинатальной помощи воспримут как возможности улучшения исходов беременности.

В конечном счете, достижение более эффективной, более подотчетной

системы перинатальной помощи потребует определенного уровня сотрудничества, интеграции услуг и общения, которые определяют успешные инициативы по повышению качества перинатальной помощи, многие из которых описаны в этой книге. Помимо последовательного сбора и количественного измерения данных и проведения научно-доказательных вмешательств, успешного сотрудничества, улучшение качества перинатальной помощи, как и все остальное, зависит от участия, поддержки и стремления каждого читателя этой книги, включая работников здравоохранения и больничную администрацию, специалистов по общественному здравоохранению и провайдеров амбулаторных услуг, ведущих исследования научных работников, лиц, отвечающих за политическую линию в здравоохранении, и плательщиков, а также пациентов и их семьи. ТИОР III – это призыв к действию и методика, способная вдохновить и

направить их усилия на пути к улучшению исходов беременности.

### Обобщение сквозных тем ТИОР III

- Обеспечение интенсивного проведения надежных инициатив по улучшению качества и безопасности перинатальной помощи
- Содействие равноправию и снижению неравенства в перинатальной помощи и ее исходах
- Расширение прав и возможностей женщин и семей с передачей информации, способствующей развитию полноценных партнерских отношений между поставщиками медицинских услуг и пациентами, а также совместному принятию решений в перинатальной помощи
- Стандартизация и регионализация перинатальных услуг
- Укрепление национальной системы витальной статистики

## Глава 1:

# История движения за улучшение качества

Mark R. Chassin and Margaret E. O'Kane

### Ранние воздействия на улучшение качества клинической помощи и медицинского образования

Эволюция улучшения качества представляла собой устойчивый ответ на необходимость исправления ошибок. Вспомним Флоренс Найтингейл, пионера общественного здравоохранения, обратившейся к вопросу связи между неудовлетворительным санитарным состоянием госпиталей и высоким – до 60 процентов – показателем внутрибольничной летальности среди раненых солдат во время Крымской войны 1854 г. Микробная теория набирала обороты в Европе, указывая на связь между высокими показателями болезненности и смертности и отсутствием базовых стандартов санитарии и гигиены. Во время своего служения в качестве медсестры в госпитале Barrack в Стамбуле Найтингейл разработала такие виды практики, как мытье рук, обработка хирургических инструментов, регулярная смена постельного белья и проведение уборки в палатах, которые остаются стандартными в современных госпиталях. Она также пропагандировала правильное питание и свежий воздух. К тому времени, как этот предвестник научно-доказательной медицины покинула госпиталь Barrack, летальность в нем упала до 1 процента.<sup>1,2</sup>

На другом континенте росла озабоченность состоянием американской медицины. В 1847 г. в ответ на потребность в более жесткой, стандартизированной системе медицинского образования появилась Американская медицинская ассоциация (American Medical Association [AMA]). Медицинское образование и практика медицины в колониальной Америке были в лучшем случае беспорядочными. Как писал Paul Starr в работе *“Социальная трансформация американской медицины”*, “всевозможные люди занимались медициной в колониях и присваивали себе титул врача, ... включая г-жу. Hughes, рекламировавшую в 1773 г. себя в качестве акушерки, причем помимо этой практики, она бралась лечить стригущий лишай, ожоговые раны головы, геморрой и гельминтозы, а также шить женские платья и шляпки на самый современный манер”. Во время Американской революции 400 из расчетного числа от 3.500 до 4.000 врачей страны получили формальную подготовку, и только половина из них имела медицинскую степень, что,

впрочем, не слишком-то и ценилось, поскольку требовало, максимум, лишь 6-8 месяцев обучения на медицинском факультете и 3 лет стажировки. И при этом диплом об окончании медицинского училища нередко принимался в качестве лицензии на медицинскую практику.<sup>3</sup>

В своем стремлении к реформе медицинского образования АМА в 1904 г. создала Совет по медицинскому образованию, который обратился к Фонду Карнеги для развития обучения (Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching) с просьбой о проведении исследования медицинских факультетов. Фонд поручил исследование к эксперту в области преподавания Абрахаму Флекснеру, написавшему в 1910 г. в своем докладе *“Медицинское образование в Соединенных Штатах и Канаде”*: “Заявленных лабораторий нигде не было или они состояли из нескольких бесхозных пробирок, валяющихся в коробке из-под сигар; трупы в анатомичках воняли из-за неприменения дезинфицирующих средств. В библиотеках не было книг;

*Флоренс Найтингейл во время своей службы в качестве медсестры в госпитале Barrack в Стамбуле разработала такие виды практики, как мытье рук, обработка хирургических инструментов, регулярная смена постельного белья и проведение уборки в палатах, которые остаются стандартными в современных госпиталях.*

предположительные члены профессорско-преподавательского состава были полностью заняты частной практикой. Подразумеваемые требования к приему были отменены для всех, кто был готов внести плату”.<sup>3</sup>

После опубликования доклада Флекснера медицинское образование претерпело значительные преобразования. Многие факультеты были закрыты, некоторые консолидированы, и все они ужесточили требования к поступлению. Продолжительность обучения и подготовки увеличилась с включением в программу изучения биомедицинских предметов – биологии, химии и физики и клинической подготовки под строгим наблюдением.<sup>4</sup> В 1904 г. только 50 процентов выпускников медицинских факультетов получили подготовку в госпиталях, но уже к 1912 г., по оценкам, от 75 до 80 процентов проходили интернатуру.<sup>5</sup>

После того, как доклад Флекснера революционизировал систему медицинского образования, Эрнст Кодман, хирург медицинского факультета Гарвардского университета и Многопрофильного госпиталя штата Массачусетс, применил свою “Систему конечных результатов программы стандартизации госпитализации”, трехэтапный подход к контролю качества, для улучшения качества стационарной помощи. Система Кодмана использовала количественные индикаторы качества для выявления того, возникала ли проблема из-за

пациентов, системы здравоохранения или клиницистов, количественно отражала недостаток качества и предлагала пути устранения проблем для предотвращения их повторного проявления.<sup>5</sup> В 1917 г. Американская коллегия хирургов (American College of Surgeons [ACS]) взяла на вооружение “Систему конечных результатов” для своей Программы стандартизации госпитализации, установившей минимальные стандарты оказания стационарной помощи. Среди прочего, эти стандарты требовали, чтобы, все врачи госпиталя получали достаточную подготовку, были компетентны и лицензированы, чтобы регулярно проводились собрания сотрудников и клинические разборы, а медицинские истории болезни, данные объективного обследования и лабораторных анализов документировались.<sup>6</sup>

В 1918 г. с целью инспекции госпиталей ACS начала применять свои впервые установленные минимальные стандарты. Из 692 госпиталей только 89 удовлетворили минимальным стандартам. Однако к 1950 г. Программа стандартизации госпитализации одобрила более чем 3.200 госпиталей.<sup>7</sup>

### **Улучшения в охране материнства и детства послужили примером для других сфер**

Притом, что в начале XX века обеспокоенность по поводу качества медицинской помощи вращалась вокруг госпиталей, высокие показатели материнской и детской смертности в Америке, являвшиеся индикаторами качества с давних времен, также

требовали внимания к себе. В 1921 г. Конгресс США принял Закон Шепард-Таунер, гарантировавший государственное финансирование для улучшения доступа к услугам по охране материнства и детства. В 1935 г. Конгресс принял Раздел V Закона о социальном обеспечении для того, чтобы оснастить и финансировать педиатрическую и первичную медико-санитарную помощь в регионах страны с недостаточным медицинским обслуживанием. Затем последовала программа оказания неотложной помощи в охране материнства и детства, финансируя оказание помощи 1,5 миллионам женщин и грудных детей солдат Соединенных Штатов во время Второй мировой войны. И уже в 1946 г. пришел Закон Хилла-Бертон, согласно которому штатам выделялись гранты для постройки госпиталей.<sup>8</sup>

Усилия по оказанию помощи большего объема и лучшего качества женщинам, детям и лицам, не имеющим достаточного доступа к медицинскому обслуживанию, привели к созданию многочисленных программ, включая Медикейр (Medicare) и Медикейд (Medicaid).

К середине 1900-х гг. улучшение качества здравоохранения и стационарной помощи превратилось в идею, за которой стояло столетие предпринимаемых усилий. Однако только после Второй мировой войны появились концепции современного улучшения качества, изначально сосредоточившиеся не на исходах лечения, а на системных переменных в бизнесе и индустрии.

### **Революция улучшения качества в бизнесе и индустрии**

Начиная с середины 1920-х гг., Уолтер Эндрю Шухарт и Уильям Эдвард Деминг, оба физики, и Джозеф М. Джуран, инженер, закладывали основы современного улучшения качества. В своих усилиях по повышению

эффективности американской промышленности они сконцентрировались на рационализации производственных процессов с минимизацией вероятности ошибок, связанных с человеческим фактором, формулировках важных концепций улучшения качества, таких как стандартизация рабочих процессов, принятие решений на основе имеющихся данных и стремление работников и управленцев к улучшению практики труда.<sup>6</sup> Элементы системных изменений, вначале примененные в сфере бизнеса и индустрии, в конечном итоге, попадали в американскую систему здравоохранения по мере роста осведомленности о ее потребности в улучшении.<sup>9-12</sup>

### **Системные перемены достигают американской медицины**

В 1951 г. Американская коллегия хирургов, Американская коллегия терапевтов (American College of Physicians), Американская ассоциация госпиталей (American Hospital Association), Американская медицинская ассоциация (American Medical Association) и Канадская медицинская ассоциация (Canadian Medical Association) сформировали Объединенную комиссию по аккредитации госпиталей (Joint Commission on Accreditation of Hospitals [JC]) как некоммерческую организацию для проведения добровольной аккредитации лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). На ранних этапах для экспертной оценки Объединенная комиссия использовала минимальные стандарты Программы стандартизации госпиталей ACS. Со временем, однако, Объединенная комиссия, ставшая в 1987 г. Объединенной комиссией по аккредитации учреждений здравоохранения, адаптировала более строгие стандарты, отражавшие модель структура-процесс-результат, представленную Аведисом Донабедяном в 1966 г. в его статье "Оценка качества медицинской помощи". Донабедян утверждал, что для характеристики

качества нужно знать, кто оказывает помощь и где (структура), как оказывается помощь (процесс) и последствия оказания помощи (ее результаты – исходы).<sup>13</sup>

К середине 1990-х гг. Объединенная комиссия ввела в процесс аккредитации элементы системных изменений, почерпнутые из работ Деминга, Шухарта и Джурана, – роль руководства организации, принятие решений на основе имеющейся информации, количественные индикаторы, статистический контроль процесса, сосредоточение на процессе и стремление к непрерывному улучшению.

Процесс был особенно важен для эксперта по управлению качеством Филиппа Кросби, бывшего вице-президента по корпоративному качеству Международного телефона и телеграфа, подчеркивавшего ценность предотвращения всех возможных ошибок путем выполнения правильных действий с первого раза. Подход Кросби к улучшению качества по типу “ноль дефектов” послужили основой двух других моделей, сосредоточенных на исключении отходов, – “лин-операции” Тойоты и Six Sigma.<sup>14</sup>

Лин-операции концерна Toyota, представленные в 1980-х гг., стандартизировали процессы труда во избежание напрасной траты ресурсов, времени и денег. Концепция Six Sigma, созданная корпорацией Motorola в конце 1980-х гг., также говорит об улучшении качества на стадии процесса. Она ссылается на статистическое измерение вариабельности, но вместо того, чтобы использовать проценты, Six Sigma оценивает “дефекты на миллион возможностей” и ставит перед собой цель достижения менее 3,4 дефектных частей на миллион возможностей.<sup>15</sup>

### **Роль NCQA в улучшении качества здравоохранения**

На пути к улучшению исходов беременности III

В конце 1980-х годов корпоративные закупки с целью сдерживания расходов на медицинское обслуживание проводились согласно стратегии плана подотчетного лечения. Под руководством компаний Fortune 500, принявших принципы общего управления качеством (таких как Xerox, Ford, General Motors, Bank of America) или непрерывного улучшения качества, они стремились привлечь своих сотрудников в программы медицинского обслуживания, которые бы оценивали качество и постоянно его улучшали. В 1988 г. Национальный комитет по контролю качества (National Committee for Quality Assurance [NCQA]) изменил стиль управления, сделав представителей программ медицинского обслуживания меньшинством в своем совете, и создав совет множественных заинтересованных сторон с включением корпоративных покупателей, потребителей и экспертов по качеству. NCQA трудился с этими корпоративными лидерами и лидерами в области медицинского обслуживания над разработкой стандартов деятельности истинной организации по поддержанию здоровья (Health Maintenance Organization [HMO]). Стандарты аккредитации NCQA были созданы на основе многих идей Деминга и Джурана, а начало программы датируется 1991 г.

В то же самое время NCQA взялся за выполнение проекта, разработанного рядом программ медицинского обслуживания и организаторов закупок, направленного на стандартизацию количественного измерения качества. В 1993 г. NCQA опубликовал свой первый Программный отчет о медицинском обслуживании с применением данных по эффективности здравоохранения и информационного комплекса (Health Effectiveness Data and Information Set [HEDIS]). Впервые стало возможным сравнивать медицинское обслуживание по эффективности помощи, полученной участниками программы. В течение ряда лет аккредитация HEDIS и NCQA оставались параллельными проектами. В

1999 г. NCQA сделал HEDIS (включая стандартизированные результаты опыта больных) официальной частью своей программы аккредитации, и производительность программ медицинского обслуживания относительно друг друга стала определять около 40 процентов аккредитационных баллов.

### **Институт медицины делает новый акцент на улучшение качества**

Хотя мир здравоохранения медленно воспринимал подход Донабедяна к улучшению качества структура-процесс-результат, сомнения, касавшиеся эффективности различных инициатив по улучшению заставили Конгресс в конце 1980-х гг. отдать распоряжение об изучении гарантий качества в программе Medicare.<sup>16</sup> Институт медицины (Institute of Medicine [IOM]) провел исследование, которое выявило неадекватность многих медицинских услуг. В результате выявленных IOM фактов в начале 1990-х гг. Управление финансами здравоохранения (Health Care Finance Administration) приступила к проведению нескольких инициатив по улучшению качества.

Однако только публикация двух докладов IOM в 1999 г. и 2001 г. окончательно привлекли внимание нации к критической потребности в улучшении качества в здравоохранении. Первый доклад *“Человеку свойственно ошибаться: создание более безопасной системы здравоохранения”* как под увеличительным стеклом представил недостатки в вопросах безопасности в системе здравоохранения Соединенных Штатов, отмечая, что до 98.000 людей ежегодно умирают в стационарах вследствие предотвратимых медицинских ошибок.<sup>17</sup> Второй доклад *“Переправа через пропасть качества: новая система здравоохранения для 21-го столетия”* (2001) продолжил тему, обвинив всю систему медицинского обслуживания в стране в неспособности обеспечить оказание “соответствующей,

высококачественной медицинской помощи всем людям”.<sup>18</sup>

В соответствии с философией Деминга, Джурана и Кросби доклады за распространенные ошибки упрекали систему здравоохранения, а не отдельных лиц. “Лучше всего предотвращать ошибки путем совершенствования системы здравоохранения, делая ее более безопасной на всех уровнях, чтобы людям стало труднее поступать неправильно и облегчить им надлежащее исполнение своих обязанностей”.<sup>19</sup>

IOM определял качество по тому, *что было сделано и насколько хорошо*, и связывал его с правильным выполнением обязанностей (оказанием требующихся медицинских услуг) в должное время (когда пациент нуждается в получении этих услуг), а также должным образом (с использованием соответствующих тестов или процедур).<sup>19</sup>

В докладе *“Переправа через пропасть качества”* IOM вынес обвинения системе здравоохранения в том, что нередко в ней отсутствуют “...среда, процессы и потенциал, требующиеся для обеспечения безопасных, эффективных, своевременных, производительных и справедливых услуг с центром внимания на пациенте”, качеств, которые в этом докладе названы “шестью целями улучшения.” Помимо достижения указанных целей IOM рекомендовал улучшить безопасность пациентов и уменьшить вероятность медицинских ошибок за счет привлечения внимания нации к вопросам руководства, исследований, методологии и протоколов в сфере безопасности, ожидания обязательной и добровольной отчетности об ошибках, повышения стандартов безопасности посредством привлечения надзорных органов, покупателей и профессиональных сообществ, а также создания систем безопасности внутри лечебно-профилактических учреждений.<sup>18</sup>

### Количественное измерение качества на уровне госпиталей приводит к значительному улучшению качества

Разработка и внедрение стандартизированных критериев качества для госпиталей в первом десятилетии 21-го века привели к значительным улучшениям производительности труда при оценке с применением разнообразных научно-доказательных индикаторов. Созвав экспертов для обзора и обобщения научных данных, Объединенная комиссия создала первые национальные стандартизированные индикаторы качества для госпиталей, принимающих на лечение пациентов с острым инфарктом миокарда, застойной сердечной недостаточностью, пневмонией и беременностью. В 2002 г. Объединенная комиссия потребовала, чтобы все аккредитованные госпитали собирали и подавали сведения о результатах труда, по меньшей мере, по двум этим группам индикаторов, а двумя годами позднее начала отчитываться по ним перед общественностью. Центры услуг Medicare и Medicare (CMS) инициировали программу финансовых наказаний для госпиталей, не подававших в CMS те же сведения, что они подали в Объединенную комиссию, а на следующий год – программу отчетности перед общественностью. На протяжении второй половины того же десятилетия и Объединенная комиссия, и программа CMS расширили свои требования к отчетности.

Вначале госпитали оказывали сопротивление сбору и подаче этих сведений. Американская ассоциация госпиталей, Федерация американских госпиталей (Federation of American Hospitals) Ассоциация американских медицинских колледжей (Association of American Medical Colleges) решительно поддержали усилия по сбору и опубликованию данных о национальных стандартизированных индикаторах качества госпитальной помощи.<sup>20</sup> По мере нарастания публичной отчетности госпитали стали направлять больше ресурсов на улучшение клинических

(лечебно-диагностических) процессов оказания помощи с целью повышения производительности и качества труда и удовлетворения публичных индикаторов. Результаты оказались впечатляющими. На всем протяжении 1990-х гг для госпиталей не было редкостью продемонстрировать показатели производительности труда с учетом этих показателей качества на уровне от 40 до 60 процентов с существенной вариабельностью среди лечебно-профилактических учреждений.<sup>21-23</sup>

К 2009 г. госпитали достигли очень высоких уровней производительности труда по многим из этих показателей, а вариабальность среди них значительно уменьшилась.<sup>24</sup> К примеру, в среднем по стране 98,3 процентов пациентов с показаниями к лечению после перенесенного острого инфаркта миокарда бета-блокатором получали его при выписке по сравнению с 87,3 процентами в 2002 г. В 2009 г. по тому же показателю до 96,8 процентов госпиталей продемонстрировали производительность свыше 90 процентов в сравнении с 75,2 процентами в 2006 г.

Дальнейшая необходимость в улучшении назрела в 2010 г. Хотя многие показатели хорошо зарекомендовали себя, содействуя совершенствованию мероприятий, которые привели к отчетливому улучшению исходов лечения пациентов, прочим этого не удалось. В 2010 г. Объединенная комиссия приняла новые критерии, определившие более высокий стандарт индикаторов качества, применявшихся в таких программах аудита, как аккредитация, публичная отчетность и надбавки за качественный труд.<sup>25</sup> Эти критерии разработаны с целью максимизации вероятности того, что улучшенные медицинские исходы воспоследуют за работой госпиталей по улучшению качества своего труда при минимизации нежелательных последствий и непродуктивных затрат труда, которые нередко проявляются



тогда, когда дизайн показателей облегчает создание “комплаентности на бумаге”, а не истинное улучшение клинической помощи. Перинатальные показатели Объединенной комиссии, отвечающие новым критериям мер по обеспечению подотчетности, принятые в 2009 г. для использования госпиталями на добровольной основе, обсуждаются в Главе 11 данной монографии. При широком применении они предлагают возможность значительно улучшить перинатальную помощь в американских госпиталях путем принятия на вооружение модели улучшения на основе измерения показателей, которая уже обеспечила последовательное достижение совершенства по многим валидным индикаторам качества госпитальной помощи.

Со времени публикации доклада ЮМ организации здравоохранения и поставщики медицинских услуг рассматривали пути улучшения своей практики. Многие, подобно тем, что отражены в данной монографии, выполняют планы, составленные с целью снижения частоты ошибок и улучшения безопасности пациентов и качества медицинской помощи. Существует постоянная озабоченность по поводу упреков в адрес отдельных лиц и угрозы судебного разбирательства. Но, как иллюстрирует “На пути к улучшению исходов беременности III”, клиницисты стремятся улучшить оказание медицинской помощи. Следующие главы покажут, что улучшение нашей системы перинатальной помощи не только возможно, но уже происходит.

## Ссылки

1. Kalisch PA, Kalisch BJ. The advance of American nursing (4th ed.). Philadelphia: Lippencott, Williams & Wilkins, 2004.
2. Henry B, Woods S, Nagelkerk J. Nightingale’s perspective of nursing administration. *Sogo Ka* 1992;27:16-26.
3. Starr P. The Social Transformation of American Medicine. Basic Books, Inc., 1982:39-124.
4. Buchbinder SB, Shanks NH. Introduction to Health Care Management. Sudbury, MA: Jones Bartlett Publishers, Inc., 2007.
5. Cooper M. Quality assurance and improvement. In: Wolper LF (ed.), Health care administration: planning, implementing, and managing organized delivery systems. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, Inc., 1999.
6. Luce JM, Bindman AB, Lee PR. A brief history of health care quality assessment and improvement in the United States. *West J Med* 1994;160:263-8.
7. The Joint Commission. A journey through the history of The Joint Commission. 2006;2010.
8. Johnson KA, Little GA. State health agencies and quality improvement in perinatal care. *Pediatrics* 1999;103:233-47.
9. Kolsar P. The relevance of research of statistical process control to the total quality movement. *Journal of Engineering and Technology Management* 1993;10:317-338.
10. Shewhart W. Economic control of quality of manufactured product. New York, NY: Van Nostrand, 1931. 11.
11. Shewhart W. Statistical method from the viewpoint of quality control. Washington, DC: The Graduate School of the Department of Agriculture, 1939.
12. Juran J. The quality trilogy: A universal approach to managing for quality. Presented at: ASQC 40th Annual Quality Congress in Anaheim, California, May 20, 1986.
13. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 2005;83:691-729.
14. Hood L. Leddy and Pepper’s Conceptual Bases of Professional Nursing: Seventh Edition. Lippencott, Williams & Wilkins, 2010.
15. Chassin MR. Is health care ready for Six Sigma quality? *Milbank Q* 1998;76:565,91, 510.
16. Lohr KN. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

17. Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
18. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
19. Institute of Medicine. *Shaping the Future for Health. To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academy Press; 1999.
20. Hospital Quality Information Fact Sheet. (Accessed September 29, 2010, at [www.aamc.org/quality/jointinitiative/1202hqiifactsheet.pdf](http://www.aamc.org/quality/jointinitiative/1202hqiifactsheet.pdf).)
21. Jencks SF, Cuerdon T, Burwen DR, et al. Quality of medical care delivered to Medicare beneficiaries: A profile at state and national levels. *JAMA* 2000;284:1670-6.
22. Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, et al. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. *JAMA* 1998;280:623-9.
23. Soumerai SB, McLaughlin TJ, Spiegelman D, Hertzmark E, Thibault G, Goldman L. Adverse outcomes of underuse of beta-blockers in elderly survivors of acute myocardial infarction. *JAMA* 1997;277:115-21.
24. Improving America's Hospitals. (Accessed September 29, 2010, at [www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/D60136A2-6A59-4009-A6F3-04E2FF230991/0/2010\\_Annual\\_Report.pdf](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/D60136A2-6A59-4009-A6F3-04E2FF230991/0/2010_Annual_Report.pdf).)
25. Chassin MR, Loeb JM, Schmaltz SP, Wachter RM. Accountability measures — using measurement to promote quality improvement. *N Engl J Med* 2010;363:683-8.

## Глава 2:

# Эволюция улучшения качества в перинатальной помощи

George A. Little, Jeffrey D. Horbar, John S. Wachtel, Paul A. Gluck, Janet H. Muri

Вынашивание и рождение ребенка были и остаются дозорными событиями для общества, женщин и семей. Даже до появления многих видов клинического обследования и лечения медицинские работники регистрировали показатели фертильности, осложнения беременности и исходы родов. По мере увеличения способности изменять естественное течение биологических процессов посредством индивидуальных и популяционных вмешательств, расширялся диапазон исходов отслеживаемых исходов. Эта глава описывает историю улучшения перинатальной помощи, сосредоточиваясь на успехах в деле улучшения качества перинатальной помощи (Quality Improvement [QI]) с 1950 г. до настоящего времени, в основном, в Соединенных Штатах, с признанием этого ограничения в большей степени искусственным, поскольку перинатальная наука и политическая линия в этой области глобальны. На данный момент, можно утверждать, что область перинатального QI начинается с периода до зачатия и продолжается до взросления.

### ТИОР I и ТИОР II

В 1950-х и 1960-х гг. медицинская наука добилась успехов в клинической помощи матерям и детям и в сфере общественного здравоохранения. Стационарная помощь быстро прогрессировала с нарастанием специализации и увеличением числа отделений интенсивной терапии и реанимации. Первые отделения для новорожденных появились как следствие эволюции ранее существовавших центров для недоношенных детей. Обоснование появления таких отделений включило улучшение исходов, поскольку была документально подтверждена эффективность некоторых вмешательств, как, например, лечение инфекций. Стали проводиться ранние клинические исследования. С признанием того, что госпитальные отделения перинатальной помощи улучшили выживаемость, пришло время для исследования популяционных и региональных исходов. Исследования, документировавшие региональную вариабельность исходов, создали мнение о том, что дальнейшие

улучшения могут стать возможными за счет лучшего совпадения потребностей с ассигнованными ресурсами и регионализации специализированной помощи.

Специальным комитетом по перинатальному здоровью, созданному организацией March of Dimes при участии Американской академии семейных врачей (American Academy of Family Physicians), Американской академии педиатрии, Американской коллегии (ныне Конгресса) акушеров и гинекологов (American College [Congress] of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] и Американской медицинской ассоциации были выпущены руководства “На пути к улучшению исходов беременности, рекомендации для регионального развития родовспоможения и перинатального медицинского обслуживания” (1976), более известные под названием ТИОР I. Центральной концепцией этой эпохальной публикации стала система регионализованной помощи на основе

заранее определенных уровней оказания помощи в каждом учреждении, поддержанная системой образования и сетью межбольничной транспортировки. Документ оказал незамедлительное и широкое влияние на оказание перинатальной помощи, дав четкие определения компонентов узкоспециализированной помощи на каждом госпитальном уровне и “идеального” способа взаимодействия всех этих уровней для предоставления обслуживания с минимальными рисками на всем протяжении перинатальной помощи.<sup>1</sup>

“На пути к улучшению исходов беременности, 90-е и далее” (ТЮР II), публикация 1993 г., подготовленная воссозданным специальным (ad hoc) Комитетом по перинатальному здоровью, также созванном организацией March of Dimes, широко распространила оперативное определение перинатальной помощи с включением временного промежутка от периода до зачатия до пост-неонатального. В ТЮР II

подразумевалось понимание того, что перинатальная помощь оказывает непосредственное влияние на здоровье человека спустя многие годы после рождения.<sup>2</sup>

Как показано в Таблице 1, основным различием между ТЮР I и II стал больший упор последнего на данные, документацию и оценку. ТЮР II с его более широким оперативным определением перинатального периода уделили больше внимания амбулаторной помощи при непрекращающемся призыве к необходимости улучшения стационарной помощи. ТЮР II также подчеркивает значение таких концепций, как подотчетность и доступность. Улучшение качества стало основным призывом и рекомендацией ТЮР II, что и рассматривается в нижеследующем обсуждении; оно эволюционировало, чтобы становиться все более динамичным в среде системы оказания перинатальной помощи.

**Таблица 1: Резюме публикаций ТЮР I и ТЮР II**

|                               | ТЮР I   | ТЮР II   |
|-------------------------------|---|--|
| <b>Год опубликования</b>      | 1976  | 1993   |
| <b>Основное внимание</b>      | Система региональной перинатальной помощи   | Помощь до и во время беременности<br>Помощь в родах и впоследствии<br>Документальное отражение и анализ данных<br>Финансирование   |
| <b>Первичные рекомендации</b> | Уровни оказания помощи<br>Уровень I – без осложнений со стороны матери и новорожденного<br>Уровень II – не осложненные случаи и большинство осложненных<br>Уровень III – не осложненные случаи и все серьезные осложнения<br>Подготовительное и непрерывное образование в региональной системе<br>Координация и коммуникация в региональной системе<br>Основная задача на будущее – финансирование, образование, инициация действий | Пропаганда здоровья и образование<br>Осведомленность о репродуктивном здоровье<br>Структура и подотчетность<br>Помощь до зачатия и между зачатиями<br>Амбулаторное дородовое наблюдение<br>Стационарная помощь<br>Неонатологическое пособие<br>Улучшение обеспеченности поставщиками перинатальных услуг<br>Данные, документация и оценка<br>Финансирование перинатальной помощи |

## Улучшение качества и стимул для ТИОР III

Эволюция системы охраны перинатального здоровья с 1970-х гг. до настоящего времени хорошо отражена в документах. Научные движущие силы, система, изменения политической линии и компенсации затрат начинали оказывать все большее влияние на протяжении 1970-х, 1980-х и 1990-х гг. во время внедрения в Соединенных Штатах системы на основе сопоставления перинатального пациента с наиболее уместной относительно риска помощью, что привело к значительным улучшениям в исходах, таких как показатели выживаемости новорожденных.

По мере продолжения экспансии коек, кадров, и ресурсов за пределами академических центров с проникновением в районные больницы стали появляться беспокойства относительно “де-регионализации” помощи и возможного воздействия этого явления на качество, что отчасти и привело к публикации ТИОР II. На Рисунке 1 показан умеренный рост числа рождений в Соединенных Штатах (14,6 процентов) в период с 1987 г. по 2008 г. по сравнению с существенным увеличением числа специализированных неонатальных коек. Улучшения доступа и качества могли и стать зеркальным отражением этого роста.<sup>3</sup>

Критически важным для любой текущей дискуссии является предопределение того, что есть правильный объем и ассигнование ресурсов для специализированной помощи, особенно, в климате, при котором вне пристального наблюдения за исходами стоимость оказания помощи имеет тенденцию к росту.

## Роль профессиональных организаций

Многие методики, особенно, информационные технологии в здравоохранении, укрепили способность поставщиков услуг и учреждений к активному участию в улучшении

качества. Профессиональные организации, представляющие многие дисциплины в перинатальной помощи, включая акушерство, педиатрию, семейную медицину, сертифицированное сестринское акушерство и сестринское дело, вовлеклись в улучшение качества посредством обучения их членов и широких слоев общественности для достижения перемен в поведении провайдеров. Несмотря на наличие в каждой организации своей управленческой структуры, многие учреждения сотрудничали с целью улучшения качества помощи путем продолжения публикации результатов доказательных научных исследований и установления стандарта оказания помощи посредством публикаций, таких как документы ТИОР и *Руководства по перинатальной помощи*, совместно издаваемые AAP и ACOG каждые 5 лет с 1983 г.

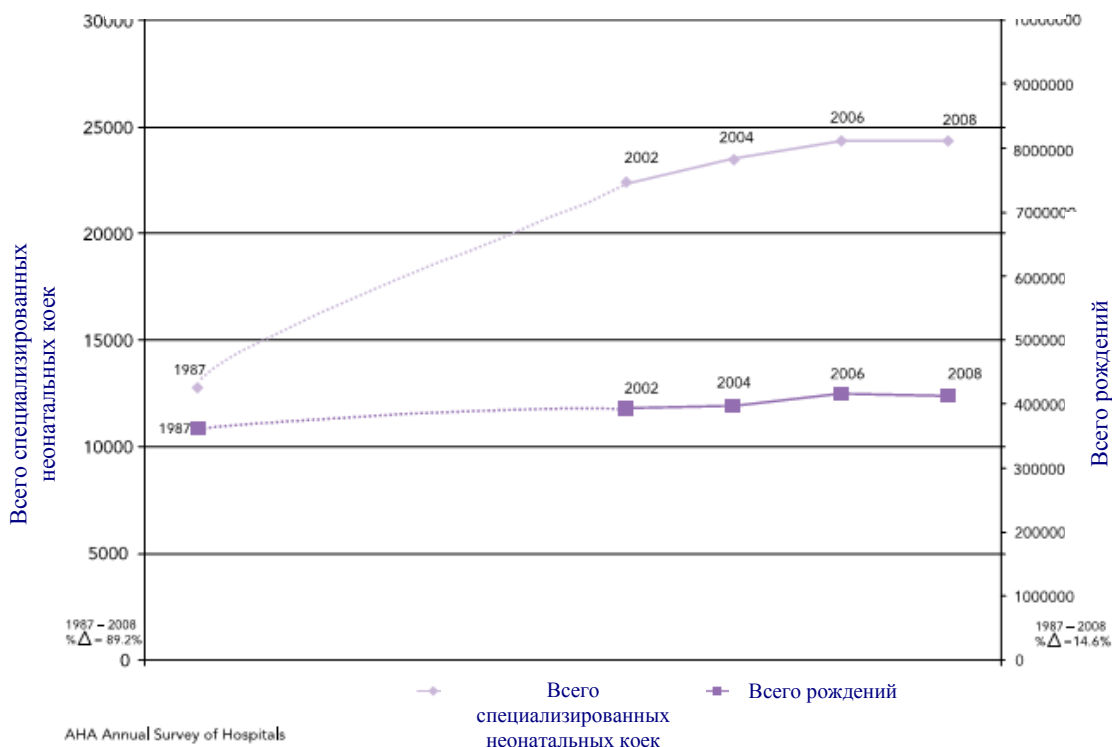
Кроме того, в ответ на многочисленные запросы госпиталей на получение услуг с рецензиями коллег для отделений акушерства и гинекологии в 1986 г. ACOG создал Программу добровольного аудита качества оказания помощи (Voluntary Review of Quality of Care Program [VRQC]). Программа VRQC, являясь полностью добровольной, по запросу предоставляет отделениям акушерства и гинекологии консультации с конфиденциальными отзывами коллег. Эти комплексные проверки отделений преследуют цель проведения оценки качества помощи и безопасности пациентов и дают подробные рекомендации по улучшению оказываемой пациентам помощи. К 2010 г. программа VRQC провела свыше 275 госпитальных аудитов, что соответствует почти 10 процентам госпиталей в Соединенных Штатах, предоставляющих акушерские услуги. Четырехдневное посещение ЛПУ, проводимое согласно графику командой из пяти человек, состоящей из трех акушеров-гинекологов с сертификацией Совета, занимающихся активной практикой, с опытом и

подготовкой в области оценки и улучшения качества, медсестры-аудитора и администратора команды, являющегося профессионалом в составлении письменных отчетов. После исчерпывающей проверки отделения, включающей один полный день

интервью и один полный день выборочной проверки карточек, составляется очень подробный конфиденциальный отчет, содержащий выявленные сведения и рекомендации, сделанные на основе опубликованных руководств АСОГ.

**Рисунок 1: Тенденции коечного фонда специализированной неонатологической помощи и рождаемости в Соединенных Штатах<sup>4</sup>**

Тенденции коечного фонда специализированной неонатологической помощи в сравнении с количеством рождений (1987-2008)



Этот доклад защищен соответствующим статусом штата относительно отзывов коллег. Почти каждый инспектируемый госпиталь внедрил многие из предложений по улучшению процесса, а программа VRQC смогла зафиксировать данные из различных госпиталей, документирующие улучшенные исходы в результате перемен.<sup>5</sup>

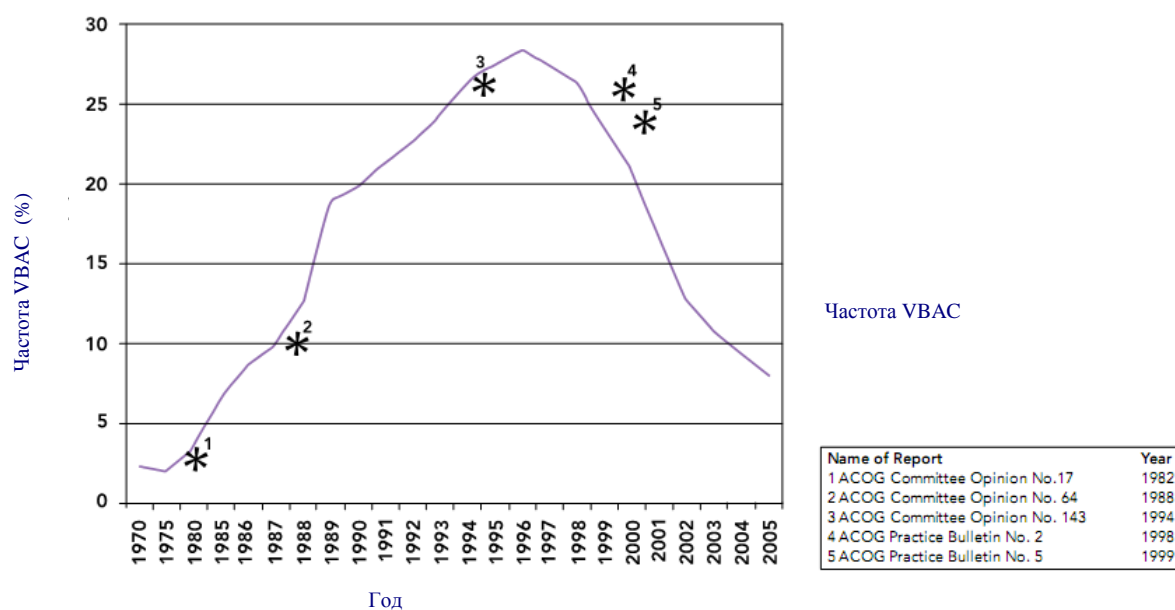
Рисунок 2 показывает, как воздействие рекомендаций профессиональных организаций, в данном случае АСОГ, может напрямую изменить поведение провайдера и улучшить качество. График изображает частоту влагалищных родов после кесарева сечения (vaginal birth after cesarean section [VBAC]) (определяется

как частота/100 женщин с успешными влагалищными родами после родоразрешения путем кесарева сечения в прошлом) с 1970 г. по 2005 г. Звездочками отмечены моменты издания значимых публикаций АСОГ по данному вопросу. Изначальная публикация 1982 г. была первой, рекомендовавшей такую практику.<sup>6</sup> К 1988 г. руководства АСОГ “призывали” провайдеров разрешать влагалищные роды соответствующим кандидатам.<sup>7</sup> Публикация 1994 г. снова повторила, что должным образом выбранные женщины должны консультироваться и поощряться (рожать) и что акушер должен быть “всегда рядом”.<sup>8</sup> К 1998 г. в ответ на сведения о потенциальных осложнениях

ACOG рекомендовал, что женщин “следует консультировать и предлагать им (не призывая к этому) попробовать родить самостоятельно”.<sup>9</sup> В 1999 г. руководства предложили, чтобы врачи были “наготове”. К 2005 г. частота VBAC вновь приблизилась к уровню 1985 г.<sup>10</sup> В 2010 г. ACOG опубликовал последние

дополнения к своим предшествующим рекомендациям относительно VBAC, ослабившие некоторые из прошлых ограничений.<sup>11</sup> Было бы интересно проследить любые последующие изменения в национальной частоте VBAC в связи с этими дополнениями.

**Рисунок 2 Частота VBAC в год**



### Роль правительства и регуляторов в качестве перинатальной помощи

Федеральное и региональные правительства, особенно, после выхода в свет ТИОР I оказали поддержку в осуществлении руководства эволюцией перинатальной системы и усилий по улучшению качества. Многие штаты с готовностью приняли определения уровня оказания помощи ТИОР I в контексте регламентирующих документов и руководств, особенно, в отношении заявок на Сертификат потребностей (Certificate of Need [CON]), тем самым способствуя развитию региональных систем. Правительственное стимулирование и поддержка охватили также научный поиск и программные усилия наряду с коллаборативными усилиями по

улучшению качества на популяционном уровне региона.

Как основной покупатель медицинских услуг, правительство также оказывает значительное влияние на их поставщиков. В 1983 г. Medicare занял лидирующие позиции в увязывании улучшений в утилизации стационарной помощи с платежами путем внедрения системы компенсаций по клинко-статистическим группам (Diagnosis Related Group [DRG]). Хотя перинатальные пациенты отчетливо выходили за рамки изменений системы компенсаций Medicare, многие плательщики адаптировали модель компенсаций DRG в перинатальной помощи, продвигая те же изменения потребления. На фоне совершенствования Medicare в

увязывании компенсаций с регистрацией показателей качества медицинского обслуживания взрослых достижение публичной отчетности и выплаты в зависимости от показателей перинатального качества в системе Medicaid стали лишь вопросом времени (что уже и происходило в некоторых штатах). Есть надежда, что ТИОР III способен помочь в склонении перинатального сообщества к активному участию в этом процессе.

Объединенная комиссия как основной орган аккредитации для большинства лечебно-профилактических учреждений в Соединенных Штатах играет значимую роль в выборе показателей качества, по которым будут отчитываться госпитали. Ранее Объединенная комиссия, как и система Medicare, основное внимание уделяла взрослым; однако недавно она обновила свой Комплекс основных показателей перинатальной помощи (Perinatal Care [PC] Core Measure Set). Среди 17 перинатальных показателей, одобренных Национальным форумом качества (National Quality Forum [NQF]), Объединенная комиссия выбрала пять: плановые роды, кесарево сечение, кортикостероиды в дородовом периоде, ятрогенные инфекции кровотока у новорожденных и исключительно грудное вскармливание.

### **Роль фондов, сотрудничества и прочих неправительственных организаций**

Цели, связанные с перинатальным периодом, являлись долгосрочным основным центром внимания фондов и неправительственных организаций и жизненной силой улучшения качества.

Организация March of Dimes играла лидирующую роль в этой сфере со времен, предшествовавших публикации ТИОР I в 1976 г.<sup>1</sup> Хотя March of Dimes является основным организатором выпуска ТИОР I, II и 3, она лишь одна из многих организаций, принимающих участие в улучшении перинатальных исходов.

Институт улучшения качества здравоохранения (Institute for Healthcare Improvement [IHI]), неправительственная организация, работающая во имя повышения качества лечения пациентов путем внедрения улучшений в системе здравоохранения в целом, создала “Идеализированный дизайн модели перинатальной помощи” и взяла на себя лидирующую роль в определении континуума высококачественной помощи от информирования женщины и семьи до оказания соответствующей помощи в условиях и с ресурсами, адекватными для удовлетворения всех потребностей.<sup>12</sup>

Перинатальная медицина приняла участие в создании все более распространенной много-учрежденческой коллаборативной методологии улучшения качества и безопасности помощи. Двумя ранними моделями, проинформировавшими подобный подход, были Breakthrough Series<sup>13</sup> IHI, а также Сеть северной Новой Англии по перинатальному улучшению качества (Northern New England Perinatal Quality Improvement Network).<sup>14</sup> Большинство сотрудничеств состоит из многопрофильных команд, работающих вместе с опытным профессорско-преподавательским составом над применением методов улучшения качества, адаптированных из других отраслей, чтобы апробировать и внедрить идеи перемены, разработанные для улучшения помощи.<sup>15</sup> Далее приводится ряд примеров, иллюстрирующих диапазон активных совместных перинатальных инициатив.

Сеть Вермонт-Оксфорд (Vermont-Oxford Network [VON]) в 1995 г. провела первое формальное улучшение сотрудничества в сфере неонатологии. Анализ продемонстрировал измеримые улучшения как по хроническим заболеваниям легких, так и по внутрибольничным инфекциям в участвовавших отделениях реанимации



новорожденных (ОРИТН) при сравнении с контрольной группой не участвовавших ОРИТН.<sup>16</sup> Помимо клинических улучшений, отмечалось снижение стоимости помощи в участвовавших ОРИТН, демонстрируя, что улучшение качества способно привести к экономии.<sup>17</sup> Впоследствии VON и другие группы создавали неонатологические сотрудничества, обращавшиеся к разнообразным вопросам улучшения качества и безопасности.

Три примера кластерных рандомизированных исследований коллаборативного улучшения качества в неонатологии приведены в Таблице 2.

Перинатальное сотрудничество Мэриленд (Maryland Perinatal Collaborative) представляет собой инициативу, проводимую на территории всего штата, для тестирования, принятия и внедрения научно-обоснованных стратегий улучшения в акушерских отделениях госпиталей Мэриленда и Округа Колумбия. Свыше 250 специалистов в области перинатологии из госпитальных многопрофильных команд провели само-оценку с выбором мероприятия по улучшению по качества, которое бы оптимально удовлетворяло их потребности. Применялись показатели процесса, исхода и удовлетворенности

наряду с разборами случаев и “историями улучшения”. Были документально отражены заметные улучшения в отделениях Уровня I, II и III, такие как уменьшение частоты разрыва матки и снижение повторных направлений в операционную/родильный зал. Отделения Уровня III отметили 23-процентное снижение поступлений в ОРИТН детей > 2500 г с более, чем 24-часовым пребыванием в отделении реанимации новорожденных.<sup>21</sup>

Сотрудничества на уровне штата, такого как, например, Мэриленд, являются динамичной, растущей, производительной и влиятельной силой в улучшении перинатального качества. Их ростки можно проследить во многих программах от одного штата к другому/региональным программам, начатым сразу после выхода в свет ТИОР I. Хотя оригинальные образовательные программы штата, направленные на улучшение помощи, имели тенденцию к атрофии, они до сих пор существуют в нескольких географических регионах и продолжают жить в сотрудничествах, сосредоточенных на идентификации научных доказательств и данных для системных изменения или улучшения на всей территории штата.

**Таблица 2 Кластерные рандомизированные исследования<sup>18-20</sup>**

| Сотрудничество                            | Участники        | Точка приложения улучшения качества  | Данные  |
|---|------------------|--|---|
| VON                                       | 114 членов ОРИТН | Содействие лечению сурфактантом недоношенных детей от 23 до 29 недель гестации | Дети в интервенционных госпиталях с большей вероятностью получали сурфактант в родильном зале |
| Неонатальная исследовательская сеть NICHD | 17 ОРИТН         | Снижение риска ХЗЛ у детей с ЭНМТ  | Клиническую практику можно изменить с помощью улучшения качества                              |
| Канадская неонатальная сеть               | -                | Снижение ХЗЛ или нозокомиальных инфекций                                       | Улучшение показателей и ХЗЛ, и инфекций   |

(ЭНМТ – экстремально низкая масса тела; ХЗЛ – хроническое заболевание легких; NICHD – Национальный институт здоровья ребенка и развития человека [National Institute of Child Health & Human Development])

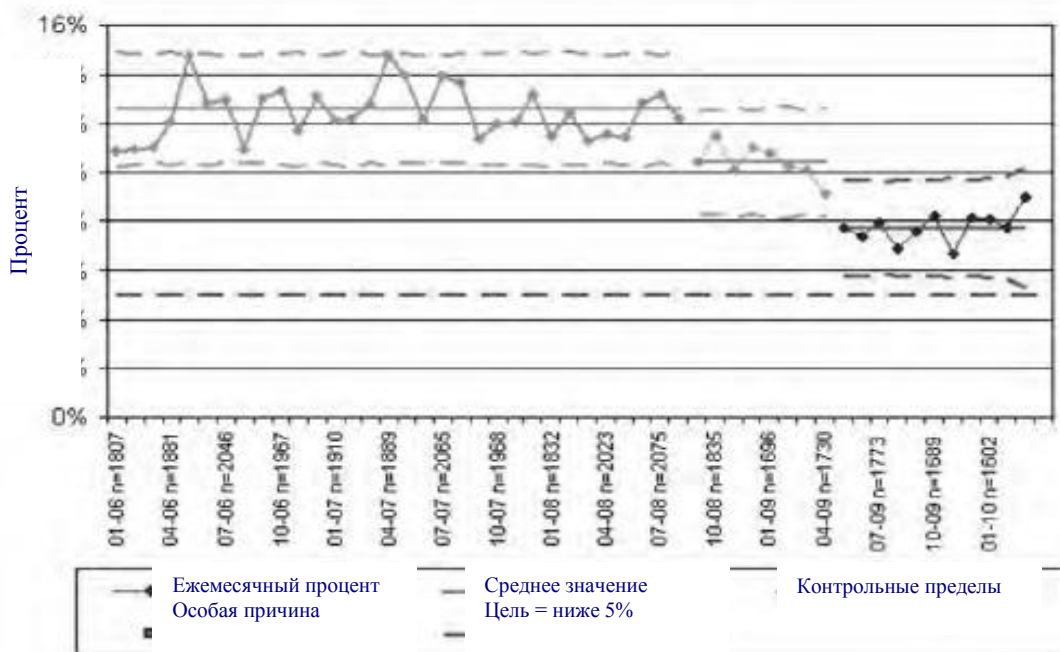
Сотрудничество Огайо по перинатальному качеству (Ohio Perinatal Quality Collaborative [OPQC]) – еще один пример успешной инициативы штата с разнообразными стратегиями улучшения качества. OPQC было основано в 2007 г. как сотрудничество провайдеров, плательщиков и агентств штата, применяющих методы улучшения качества для улучшения перинатального здоровья на всей территории штата.<sup>22</sup> На своем web-сайте OPQC публикует ежемесячный график, распространяя информацию в кругу поставщиков услуг,

а также потребителей, с явной надеждой на привлечение новой аудитории в отчетности по качеству перинатальных исходов.<sup>23</sup>

Материал на Рисунке 3, включая подпись под рисунком, является графическим представлением таблиц фактических агрегатных конечных результатов Сотрудничества Огайо по перинатальному качеству, доступных для публики в электронном виде и выпускаемых периодически.

**Рисунок 3: Сотрудничество Огайо по перинатальному качеству<sup>23</sup>**

**Процент родов в период с 36й по 38ю неделю, стимулированных без медицинского или акушерского показания**  
Сведения из записей в родовых сертификатах Департамента здравоохранения штата Огайо



Это – агрегатная контрольная таблица Сотрудничества Огайо по перинатальному качеству (OPQC, [www.OPQC.net](http://www.OPQC.net)) стимулирования родов на сроке от 36 до 38 недель гестационного возраста без очевидного медицинского или акушерского показания по 20 учреждениям родовспоможения Огайо, в которых происходит 47 процентов родов в Огайо (Американский журнал акушерства и гинекологии 243.e1-8). Данные для этого анализа заимствованы из родовых сертификатов штата Огайо, что не разрешает исключения всех показанных стимулированных родов. К примеру,

разрыв плаценты как показание в родовых сертификатах не отмечается. Вмешательство началось в сентябре 2008 г. Центральная линия (среднее арифметическое) рассчитана, как показано, для двух точек, из-за статистически значимых изменений.

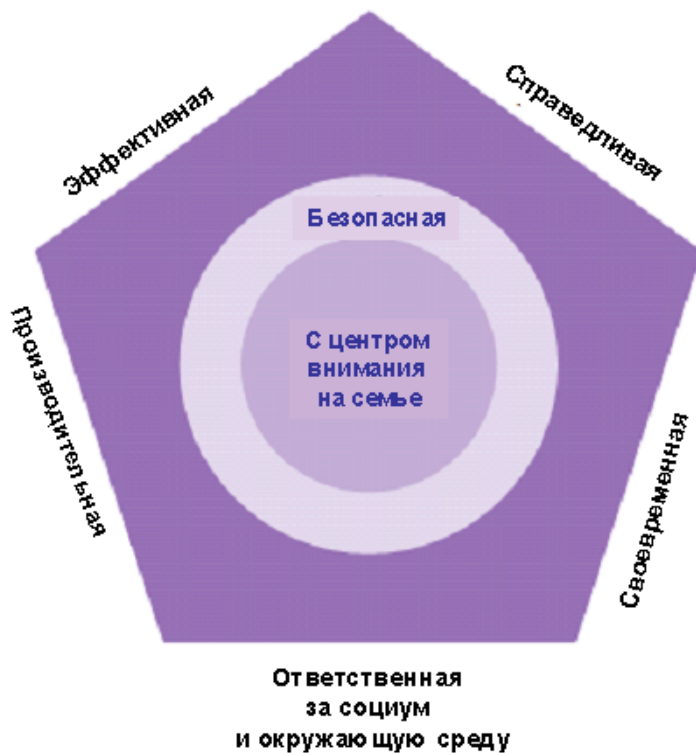
**Цели улучшения**

Эпохальная публикация Института медицины “*Переправа через пропасть качества: новая система здравоохранения для 21-го столетия*”

ссылается на шесть целей для улучшения помощи: помощь, уделяющая основное внимание на семье, безопасная, эффективная, справедливая, своевременная и производительная.<sup>24</sup>

Рисунок 4 добавляет седьмой ключевой домен – ответственность перед социумом и окружающей средой при сохранении пациентов и семей в центре усилий по улучшению качества.<sup>25</sup>

Рисунок 4: Семь ключевых тем улучшения качества<sup>25</sup>



Семь ключевых тем улучшения качества, использованных Сотрудничествами по улучшению качества работы ОРИТН Сети Вермонт-Оксфорд. (Взято из ссылки 25, перепечатано с разрешения п Сети Вермонт-Оксфорд)

### Выводы и рекомендации

В этой главе излагалась история улучшения перинатального качества. Достигнутый огромный прогресс, а также многие успехи, обнадеживают относительно будущего. Продолжающаяся экспансия межбольничных сотрудничеств значительно улучшит быстрое распространение научно-обоснованных протоколов и процессов. Конечно, остаются ждущие ответа вызовы, на которые следует обратить внимание, как и на следующие рекомендации:

1. Регуляторным агентствам штата следует попытаться принять стандартное определение уровней перинатальной помощи для содействия улучшению

качества путем проведения сравнений исходов среди отделений, в пределах штата и между штатами и уполномочить провайдеров оценивать себя, а также считать их несущими ответственность за перинатальные исходы на популяционном уровне (тотальная когортная ответственность [total cohort accountability]).<sup>26</sup>

2. Следует поощрять и стимулировать использование комплекса основных индикаторов перинатальной помощи Объединенной комиссии. Следует поощрять применение и измерение других перинатальных индикаторов, одобренных Национальным форумом качества.

3. Пациентам и семьям следует предлагать возможность участвовать во всех инициативах по улучшению качества. Наследие улучшения перинатальных исходов, столь отчетливо сформулированное в ТИОР, является динамическим процессом, достигшим

зрелости в утонченности и продуктивности. Эволюция обязательств и методологии будет продолжаться во всех текущих содружествах, а возрастающее подключение к процессу пациентов и их семей представляется многообещающим.

## Ссылки

1. Committee on Perinatal Health. Toward Improving the Outcome of Pregnancy: Recommendations for the Regional Development of Maternal and Perinatal Health Services.
2. White Plains, NY: March of Dimes National Foundation, 1976. Committee on Perinatal Health. Toward Improving the Outcome of Pregnancy: The 90s and Beyond. White Plains, NY: March of Dimes National Foundation, 1993.
3. Goodman DC, Fisher ES, Little GA, Stukel TA, Chang CH, Schoendorf KS. The relation between the availability of neonatal intensive care and neonatal mortality. *N Engl J Med* 2002;346:1538-44.
4. AHA. Reports and Studies. American Hospital Association, 2010.
5. Lichtmacher A. Quality assessment tools: ACOG Voluntary Review of Quality of Care Program, Peer Review Reporting System. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2008;35:147,62.
6. ACOG Committee Opinion No. 17, January 1982. Guidelines for Vaginal Delivery After a Cesarean Childbirth. *Obstet Gynecol* 1982.
7. ACOG Committee Opinion No. 64, October 1988. Guidelines for Vaginal Delivery After a Cesarean Childbirth. *Obstet Gynecol* 1988.
8. ACOG Committee Opinion, Number 143: Guidelines for Vaginal Delivery After Cesarean Childbirth. 1994.
9. ACOG practice bulletin. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Number 2, October 1998 Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 1999;64:201-8.
10. ACOG practice bulletin. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Number 5, July 1999 (replaces practice bulletin number 2, October 1998). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 1999;66:197-204.
11. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010; 116:450-63.
12. About Us. Institute for Healthcare Improvement, 2010.
13. The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. In: IHI Innovation Series white paper. Boston, MA. Institute for Healthcare Improvement, 2003.
14. Northern New England Perinatal Quality Improvement Network. NNEPQIN Mission. 2010.
15. Hughes R. Patient and Safety Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. In: Tools and Strategies for Quality Improvement and Patient Safety. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US), April 2008.
16. Horbar JD, Rogowski J, Plsek PE, et al. Collaborative quality improvement for neonatal intensive care. NIC/Q Project Investigators of the Vermont Oxford Network. *Pediatrics* 2001;107:14-22.
17. Rogowski JA, Horbar JD, Plsek PE, et al. Economic implications of neonatal intensive care unit collaborative quality improvement. *Pediatrics* 2001;107:23-9.
18. Horbar JD, Carpenter JH, Buzas J, et al. Collaborative quality improvement to promote evidence based surfactant for preterm infants: a cluster randomised trial. *BMJ* 004;329:1004.
19. Walsh M, Laptok A, Kazzi SN, et al. A cluster-randomized trial of benchmarking and multimodal quality improvement to improve rates of survival free of bronchopulmonary dysplasia for infants with birth weights of less than 1250 grams. *Pediatrics* 2007;119:876-90.
20. Lee SK, Aziz K, Singhal N, et al. Improving the quality of care for infants: a cluster-randomized controlled trial. *CMAJ* 2009;181:469-76.

21. The Maryland Hospital Association and Delmarva Foundation for Medical Care. Creating a foundation of excellence: Five years of innovation in patient safety. Maryland Patient Safety Center. 2008 Annual Report. 2008.
22. Donovan EF, Lannon C, Bailit J, Rose B, Iams JD, Byczkowski T. A statewide initiative to reduce inappropriate scheduled births at 36(07)-38(6/7) weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(3):243 e1-8.
23. Ohio Perinatal Quality Collaborative Monthly Graphs. Available at [www.opqc.net/monthly-graph](http://www.opqc.net/monthly-graph).
24. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
25. Horbar JD, Soll RF, Edwards WH. The Vermont Oxford Network: A community of practice. *Clin Perinatol* 2010; 37(1) :29-47.
26. Little GA. Variation, perinatal regionalization and total cohort accountability. *J Perinatol* 2009;29:777-8.

# Глава 6:

## Возможности улучшения качества при оказании дородовой помощи

Vincenzo Berghella, Jay D. Iams, Nancy Jo Reedy,  
Bryan T. Oshiro, John S. Wachtel

Дородовая помощь представляет собой пособие, оказываемое беременным женщинам с целью предотвратить осложнения и снизить частоту перинатальной и материнской заболеваемости и смертности.<sup>1</sup> Общий объем дородовой помощи описан в Таблице 1.<sup>2</sup> Однако основная цель, ценность и эффективность дородовой помощи продолжает дебатироваться, поскольку не проводились рандомизированные исследования, сравнивавшие исходы беременности среди женщин, получавших и не получавших дородовый патронаж. Поскольку глобальная дородовая помощь как “целостное” вмешательство никогда в рандомизированных исследованиях не сравнивалось с “отсутствием дородовой помощи”, усилия по улучшению его качества должны направляться на доказательный скрининг, выявление эффективных вмешательств, способных улучшить исходы беременности, и мониторинг. Различные аспекты дородовой помощи предлагают явные преимущества; проблемой является выяснение того, какие точно тесты и вмешательства должны стать частью дородового патронажа, и обеспечение их универсальной и рутинной доступности.

*Дородовая помощь должна начинаться с посещения до зачатия, наиболее важного визита, касающегося беременности.*

### Основные элементы дородовой помощи

Дородовая помощь должна начинаться с посещения до зачатия, наиболее важного визита, касающегося беременности. Поскольку, примерно, 50 процентов зачатий являются незапланированными,<sup>3</sup> всем женщинам репродуктивного возраста (от 15 до 45 лет) следует до зачатия посоветоваться с медиком относительно рисков своей беременности и узнать о стратегиях профилактики материнской и фетальной/неонатальной заболеваемости и смертности (Таблицы 1 и 2).<sup>2,4</sup> Так как 85 процентов женщин так или иначе посещают врача в течение 12 месяцев до зачатия,<sup>5</sup> для практикующих медицинских работников реально во время этого визита инкорпорировать

ризывы, связанные с периодом до зачатия.

Нет уверенности в оптимальном числе антенатальных визитов, и, хотя, женщины могут ощущать себя менее удовлетворенными меньшим количеством посещений в рамках дородового патронажа, нет доказательств того, что большее число визитов приводит к лучшему исходу.<sup>6</sup> У женщин низкого риска может быть достаточным от четырех (минимум) до семи посещений.<sup>6</sup> Бóльшее количество визитов оправдано только при наличии индивидуальных факторов риска, требующих более пристального динамического наблюдения. Как только тест на беременность становится положительным, женщину следует записать на антенатальный прием, на котором медик соберет ее медицинский анамнез, проведет объективное обследование,

скрининг факторов риска и обучение пациента. Женщина должна снова прийти на прием на сроке от 11 до 14 недель и от 18 до 22 недель, причем во время обоих посещений проводится ультразвуковое исследование. Посещения на сроке от 24 до 28 недель должны включить скрининг глюкозы (Таблица 1). Посещение в 35-37 недель должно включить скрининг на присутствие генитального стрептококка группы В. Частота посещений после 32 недели зависит, в основном, от риска развития преэклампсии. Посещение в 39 недель важно для планирования помощи в случае, если беременность не заканчивается самопроизвольными срочными родами.

Ответ на вопрос, кто осуществляет дородовой патронаж, зависит от выявления факторов риска. Нет данных за то, непременно акушеры должны принимать участие в дородовом патронаже каждой женщины с неосложненной беременностью. Медсестры-акушерки, семейные врачи наряду с акушерами способны с безопасностью оказывать помощь женщинам низкого риска или без факторов риска. В некоторых сообществах врачей может и не быть или они могут не являться доминирующими поставщиками медицинских услуг. По существу, дородовой патронаж, осуществлявшийся акушерками, ассоциировался с меньшей потребностью в обезболивании родов, снижением инцидентности родоразрешения путем кесарева сечения, меньшей потребностью в реанимации новорожденных и улучшением удовлетворенности пациентов.<sup>7</sup>

Ключевым в дородовом патронаже является оказание квалифицированной базового медицинского обслуживания с эффективной системой консультаций и направлений на более высокий уровень оказания помощи по показаниям, включая заверения в том, что пациенты высокого риска наблюдаются и

консультируются соответствующими специалистами (например, акушерами или специалистами по медицине матери и плода),<sup>8</sup> что всегда включает эффективное общение и, в том числе помощь многопрофильной команды на основе потребностей пациента и семьи. Важно, чтобы вся оказываемая помощь команда привлекалась к составлению плана ведения пациента и его пересмотру с разделением ответственности сторон.

### Текущее состояние научного поиска: скрининг

Определенные рекомендации по дородовой помощи применимы ко всем беременным женщинам (Таблица 1), в то время как женщины со специфическими факторами риска требуют целенаправленных вмешательств (Таблица 2). В каждом случае первая страница медицинской карточки женщины или ее электронной истории болезни должна четко демонстрировать список факторов риска ее беременности, выявленных путем сбора детального анамнеза и тестирования, когда это уместно. Следует также тщательно собирать семейный и генетический анамнез.<sup>1,5</sup>

Каждая беременная женщина должна пройти, как минимум, два ультразвуковых исследования – одно в первом и одно во втором триместре<sup>9,10</sup> Ультразвук снижает частоту переносимых беременностей и стимуляции родовой деятельности при переносимой беременности. Он повышает раннее выявление многоплодных беременностей, а также более раннюю идентификацию основных врожденных аномалий плода и фетальных мальформаций. Рутинный ультразвук в сравнении с селективным ультразвуком также снижает число поступлений в детскую палату специального ухода и определенных когнитивных нарушений, способных вызвать проблемы в области академической успеваемости.<sup>9</sup>

*Медсестры-акушерки, семейные врачи наряду с акушерами способны с безопасностью оказывать помощь женщинам низкого риска или без факторов риска.*

Ультразвуковое исследование в первом триместре дает более точные оценочные значения гестационного возраста по сравнению с ультразвуком, выполненным в более поздние сроки беременности, и ассоциируется с меньшей степенью беспокойства женщин относительно их беременности и улучшением их самочувствия.<sup>9</sup> Точное датирование беременности помогает предотвратить непреднамеренные преждевременные или

запоздалые роды.<sup>4,10</sup> Ультразвуковое исследование, выполненное в первом триместре, позволяет также раньше выявлять многоплодные беременности, проводить скрининг на синдром Дауна с определением ширины прозрачности вийной складки и ставить диагноз нежизнеспособных беременностей.<sup>10</sup> Ультразвуковое исследование во втором триместре должно выполняться, приблизительно, на сроке 20 недель для оценки анатомии плода.<sup>1,5,11</sup>

**Таблица 1: Основные посещения и рутинное содержание дородовой помощи (Модифицировано из ссылки 2)**

| Первичный визит ≤ 12 недель  | Визиты на сроке от 12 до 24 недель   | Визиты на сроке от 24 до 28 недель  | Визиты на сроке от 28 до 34 нед.  | Визиты на сроке от 34 до 41 недели   |
|--|--|---|---|--|
| Исчерпывающий анамнез, включая семейный анамнез<br>Генетический скрининг*<br>Скрининг и консультирование по вопросам образа жизни/рабочего места<br>Целенаправленное объективное обследование (включает вес, ИМТ, АД и анализ мочи тест-полоской)<br>Провести расчет срока родов и при необходимости организовать сканирование для уточнения срока<br>Лабораторный скрининг: гемоглобин/гематокрит, группа крови, Rh-фактор, скрининг на антитела титр краснухи<br>Тест на сифилис RPR<br>HBsAg<br>ВИЧ<br>Асимптоматическая бактериурия<br>Гонорея/хламидиоз<br>Влагалищный мазок<br>Идентифицировать женщин, которым может понадобиться дополнительная помощь<br>Дополнительный лабораторный скрининг по мере надобности<br>Предложить скрининг в 1-м триместре, включая ультразвук для установления срока, <14 недель<br>Сезонная вакцинация против гриппа (в сезон) | Просмотреть, обсудить и отметить результаты скрининговых тестов<br>АД, ЧСС плода, вес, анализ мочи тест-полоской<br>Лабораторный скрининг: Предложить четвертичный скрининг во втором триместре (для завершения последовательно о скрининга)<br>Ультразвук в 18-22 недели<br>Обсудить первое шевеление плода, образ жизни, физиология беременности | Просмотреть, обсудить и отметить результаты скрининговых тестов<br>АД, ЧСС плода, вес, анализ мочи тест-полоской<br>Лабораторный скрининг: Скрининг на диабет беременных<br>Повторить Hgb/Hct<br>Повторить скрининг на антитела<br>Ввести RhD иммуноглобулин соответствующим женщинам<br>Повторно оценить риск инфекционных заболеваний и провести соответствующее обследование | Просмотреть, обсудить и отметить результаты скрининговых тестов АД, ЧСС плода, вес, анализ мочи тест-полоской | Просмотреть, обсудить и отметить результаты скрининговых тестов АД, ЧСС плода, вес, анализ мочи тест-полоской<br>Предосторожности в отношении преэклампсии<br>Скрининг на стрептококки группы В на сроке от 35 до 37 недель<br>Оценить предлежание плода<br>≥34 недель:<br>В случае тазового предлежания предложить внешний поворот на головку<br>Предложить вскрытие плодного пузыря при ≥38 недель по показаниям<br>Не следует предлагать стимуляцию родовой деятельности или плановое кесарево сечение до 39 недель, если только это не отчетливо показано в интересах матери или плода |

\*включая последовательный скрининг на фетальную анеуплоидию и скрининг матери на муковисцедоз и хрупкую X-хромосому (см. текст)

ИМТ – индекс массы тела, АД – артериальное давление ECV – внешний поворот на головку; EDC – расчет срока родов или “даты родов”, ЧСС – частота сердечных сокращений, HB<sub>s</sub>Ag – поверхностный антиген гепатита В, Hct – гематокрит, Hgb – гемоглобин, ВИЧ – вирус иммунодефицита человека, RhD – резус-D, RPR – быстрый реагин плазмы.



## Питание, физические упражнения и прибавка веса

Должный материнский вес и прибавка в весе – вопросы первостепенной важности для успешной беременности.<sup>12</sup> Рекомендации по прибавке в весе варьируют в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) женщины. К примеру, женщинам, страдающим ожирением, не следует набирать много веса во время беременности,<sup>13</sup> а женщины с ожирением II и III степени, вероятно, вообще не должны прибавлять в весе. Для всех женщин важно правильно питаться, чтобы потреблять рекомендуемое количество калорий.

Физические упражнения во время всех беременностей низкого риска и большинства беременностей высокого риска приносят пользу общему физическому совершенству матери и ощущению благополучия, хотя нет достаточно сведений для оценки воздействия физической нагрузки на материнские и фетальные исходы.<sup>14</sup> Однако известно, что регулярная физическая активность приводит к улучшению физического совершенства беременных женщин за счет поддержания здоровья сердца, мозга и всего организма. Она способна облегчить многие распространенные виды дискомфорта беременности, такие как запоры, боли в пояснице, утомляемость, нарушения сна и варикозное расширение вен. Регулярные физические упражнения могут также помочь предотвратить связанные с беременностью формы диабета и повышенного артериального давления. Женщины в хорошей физической форме способны лучше справиться с родами и быстрее восстановиться после рождения ребенка.<sup>15,16,17</sup>

Департамент здравоохранения и социального обеспечения США (Health and Human Services [HHS]) рекомендует, чтобы здоровые беременные женщины проводили, по меньшей мере, 2½ занятий аэробикой умеренной интенсивности в

неделю, распределяя этот объем упражнений равномерно на протяжении всей недели.<sup>15</sup> Это означает, что беременным женщинам следует стараться заниматься аэробикой 30 минут в большинство дней, если не во все дни. Но и короткие сеансы физической активности (как минимум, по 10 минут каждый), равномерно распределенные на неделе, также эффективны. Рекомендуются легкие упражнения, такие как ходьба, плавание, катание на велотренажере, аэробика (низкого воздействия или в классе для беременных женщин), уроки йоги для беременных женщин или другие виды спортивных занятий, маловероятно вызывающие потерю равновесия.

Беременные женщины, не занимавшиеся физическими упражнениями до беременности, могут извлечь пользу для здоровья путем медленного наращивания физической активности. Однако важно, чтобы беременные женщины спрашивали совета у наблюдающих их медицинских работников до начала программы упражнений.<sup>18</sup>

## Текущее состояние научного поиска: вмешательства

После скрининга на различные патологические состояния и их выявления можно начать вмешательства и непрерывный мониторинг. Известен широкий круг специфических вмешательств в диапазоне от облегчения симптоматики до снижения рисков материнской и фетальной смертности, что, как было показано, улучшает исходы (Таблица 2). Примеры эффективных вмешательств по поводу некоторых распространенных жалоб включают:

- Хлорфенирамин (4 миллиграмма (мг) три раза в день) рекомендуется для снижения позднего (>32 недель) зуда беременности, не ассоциированного с заболеванием печени и сыпью.
- Лактат или цитрат магния (таблетки для жевания) (5 ммоль утром и 10 ммоль вечером в течение 3 недель) рекомендуется женщинам с

*В нескольких рандомизированных клинических исследованиях (РКИ) было показано, что антенатальные кортикостероиды, такие как бетаметазон и дексаметазон, уменьшают показатель неонатальной смертности, частоту возникновения респираторного дисресс-синдрома, внутрижелудочковых кровоизлияний и некротизирующего энтероколита, примерно, на 40-50 процентов каждый.*

- упорными болями в ногах с достижением значительного улучшения.
- Гимнастика в воде в течение 1 часа в неделю, начиная с <19 недель, уменьшает боли в пояснице при беременности и позволяет большему количеству женщин продолжать работу без неблагоприятных воздействий. Подушка специальной формы, используемая в течение 1 недели в положении лежа на боку, снижает боли в пояснице с 66 процентов до 49 процентов (68-процентное снижение) на поздних сроках беременности и улучшает сон в сравнении с обычной подушкой. И физиотерапия, и иглоукалывание, начиная со срока <32 недель до 10 сеансов также способны уменьшить болевые ощущения, включая тазовую боль.

Пищевые добавки клетчатки (такие как 10 мг в день или в виде кукурузного печенья, или 23 г пшеничных отрубей) увеличивают частоту дефекации и ассоциируются с размягчением стула. Стимулирующие послабляющие (такие как сенна 14 мг, диоктилсукцинат натрия 120 мг или дигидроксиантрохинон 100 мг) помогают при запорах лучше, чем слабительные, увеличивающие массу стула, но с большей вероятностью ассоциируются с поносом и болями в животе.<sup>2</sup>

В целях этой главы, однако, более детальное изложение будет посвящено двум конкретным вмешательствам – антенатальным стероидам и прогестерону для профилактики преждевременных родов.

В нескольких рандомизированных клинических исследованиях (РКИ) было показано, что антенатальные кортикостероиды, такие как бетаметазон и дексаметазон, уменьшают показатель неонатальной смертности, частоту возникновения респираторного дисресс-синдрома, внутрижелудочковых кровоизлияний и некротизирующего энтероколита, примерно, на 40-50 процентов каждый.<sup>19</sup> Они должны вводиться на сроке от 23 до 33 6/7 недель женщинам со значительным риском родов в течение ближайших 7 дней. В настоящее время курс экстренного лечения не рекомендуется, но недавно проведенные РКИ показали, что он может принести пользу.<sup>20</sup>

Кроме того, было показано, что 17 альфа-гидроксипрогестерона капроат снижает частоту преждевременных родов, грубо говоря, на треть у женщин со самопроизвольными преждевременными родами в анамнезе при его назначении, начиная с 16-20 недель с продолжением еженедельного лечения до 37 недель.<sup>21</sup> Имеются ранние свидетельства того, что влагалищный прогестерон способен принести пользу женщинам с укороченной ( $\leq 15$  мм) шейкой матки, что выявляется при трансвагинальном ультразвуковом исследовании, на сроке до 24 недель.<sup>22</sup>

В настоящее время проводится ведется расширенный научный

поиск в других важных областях, таких как хирургия плода.<sup>23</sup> В настоящее время в Соединенных Штатах рекомендуется генетический скрининг с последовательным скринингом, как обсуждалось выше,<sup>10</sup> на муковисцидоз и

синдром хрупкой X-хромосомы. Другие генетические методики, такие как сравнительная геномная гибридизация, не могут рекомендоваться в настоящее время, но они выглядят многообещающими в улучшении антенатальной диагностики.

**Таблица 2: Рекомендованные дородовые вмешательства для женщин с избранными конкретными факторами риска. (Модифицировано из ссылки 3)**

| Фактор риска/контингент                                  | Вмешательство   | Профилактика   |
|--|---|--|
| Курение  | Отказ от курения  | РТВ, НМТ и т.п.  |
| Алкоголь   | Избегать употребления любого алкоголя   | РТВ; врожденные дефекты, задержка умственного развития, нарушения роста  |
| Прочие наркотики злоупотребления (кокаин, героин и т.д.) | Избегать употребления всех наркотиков   | РТВ, задержка внутриутробного развития, неонатальный синдром отмены и т.п. (эффект зависит от потребляемого наркотика)   |
| Самопроизвольные преждевременные роды в анамнезе         | 17 альфа-гидроксипрогестерона капроат, скрининг длины шейки матки (CL) с цервикальным серкляжем при CL<25 мм на сроке <23 недель  | РТВ  |
| Прегестационный диабет                                   | Гемоглобин А1С <7 процентов; скрининг на асимптомную бактериурию  | РТВ*, врожденные дефекты, продолжительность пребывания в ОРИТН, перинатальная смертность и долгосрочные последствия для здоровья младенца, выкидыш, преэклампсия, материнские госпитализации и материнское заболевание почек |
| Ожирение   | Диета и физические упражнения для достижения нормального ИМТ, скрининг на диабет  | РТВ*; бесплодие, дефекты нервной трубки плода, РТВ, родоразрешение путем кесарева сечения, гипертензивные расстройство, диабет, венозная тромбоземболия  |
| Артериальная гипертензия                                 | Избегать ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина. При длительной гипертензии обследование на заболевание почек, гипертрофию желудочков и ретинопатию | РТВ*, врожденные дефекты, осложнения гипертензии, родоразрешение путем кесарева сечения, задержка внутриутробного развития, отслойка плаценты, перинатальная смерть.   |
| Гипотериоз   | Заместительная терапия тироксином для поддержания нормального уровня ТТГ (0,5-2,0 микроЕ/мл)  | РТВ*; бесплодие, материнская гипертензия, преэклампсия, отслойка плаценты, анемия, РТВ, НМТ, гибель плода, возможные неврологические проблемы у новорожденного   |
| Гипертиреоз  | Лечение пропилтиоурацилом для поддержания свободной фракции Т4 на верхней границе нормы, а  | РТВ*; спонтанное невынашивание беременности, преэклампсия, гибель плода, задержка роста плода,   |

| Фактор риска/контингент  | Вмешательство  | Профилактика  |
|--|--|---|
|  | ТТГ – на нижней границе нормы  | хроническая сердечная недостаточность матери и тиреотоксический криз; неонатальная болезнь Грейвса  |
| Бронхиальная астма   | Ведение согласно Национальной программе обучения и профилактики астмы (National Asthma education and Prevention Program [NAEPP])   | РТВ*, НМТ, преэклампсия, перинатальная смертность   |
| Системная красная волчанка                                     | ≥6 месяцев без динамики на стабильной терапии  | РТВ*; гипертония, преэклампсия, гибель плода, задержка внутриутробного развития, неонатальный люпус |
| ВИЧ  | Начать или модифицировать терапию антиретровирусными препаратами с целью (1) достижения уровня вирусной нагрузки РНК ВИЧ-1 ниже определяемого в эссе (2) избегая при этом тератогенных агентов | РТВ: перинатальная ВИЧ-инфекция   |
| Заболевание, передающееся половым путем (к примеру, хламидиоз) | Скрининг контингентов риска  | РТВ, внематочная беременность   |
| Социальные вопросы (к примеру, жестокое обращение и т.п.)      | Консультирование; направление в соответствующее агентство  | РТВ, физическая и эмоциональная травма и их последствия   |
| Высокий риск РТВ в пределах 7 дней на сроке от 24 до 34 недель | Стероиды (к примеру, бетаметазон или дексаметазон) для созревания плода  | Неонатальная заболеваемость (к примеру, респираторный дистресс-синдром и т.п.) и смертность         |

РТВ – преждевременные роды, \*особенно, ятрогенные РТВ, НМТ – низкая масса тела при рождении, ОРИТН – отделение реанимации новорожденных, ИМТ – индекс массы тела, ВТЕ – венозная тромбоэмболия, ТТГ – тиреотропный гормон, FT4 – свободный тироксин, ВИЧ – вирус иммунодефицита человека, РНК – рибонуклеиновая кислота.

### Выводы и рекомендации

Данные о влиянии дородового патронажа как “пакета услуг” на исходы беременности отсутствуют, но есть свидетельства в поддержку эффективности некоторых компонентов, включая универсальный скрининг (Таблица 1), а также уместности вмешательств и мониторинга для улучшения качества помощи (Таблица 2). Из проведенных свыше 11.000 рандомизированных контролируемых исследований с привлечением беременных женщин лишь немногие

изучали содержание и эффективность дородового патронажа. Несмотря на отсутствие рандомизированных контролируемых исследований объема эффективности дородового патронажа, его качество можно улучшить. Мы предлагаем следующие рекомендации:

- Помощь до зачатия является критической частью репродуктивного планирования, способной улучшить здоровье женщины и исход беременности. Помощь до зачатия и репродуктивное планирование

- должны быть доступными всем женщинам.
- Все беременности должны подвергаться комплексной оценке риска и скринингу для выявления пациенток с различными факторами риска и различными уровнями риска (Таблица 1). Помощь следует базировать на уровнях риска и прогнозируемых исходах с упором на материнскую и фетальную/неонатальную заболеваемость и смертность (Таблица 2). Пациенток высокого риска следует направлять на консультации к соответствующим специалистам (к примеру, акушерам или специалистам по медицине матери и плода).<sup>8</sup>
- Витальная статистика и данные об исходах должны принимать во внимание, что рождение при сроке от 17 до 20 недель отличаются тем же повышенным риском последующих преждевременных родов, что и риск женщин с анамнезом родов на сроке от 20 до 26 недель.<sup>24,25</sup> Следует пересмотреть традиционную границу 20 недель между родами и самопроизвольным выкидышем (невынашиванием беременности). Затем гибель плода с 20 недель и преждевременные роды с 16 недель могли бы быть включены в данные об исходах. Показатель перинатальной смертности является важным показателем исходов, и его следует определять как включающий смерти от 20 недель фетальной жизни до 28 дней неонатальной жизни. Этот показатель следует регистрировать наряду с частотой преждевременных родов и показателем младенческой смертности в

Центрах по контролю заболеваемости и профилактике (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]), Американской академии педиатрии (AAP) и Американский конгресс акушеров и гинекологов (ACOG).

Американки афроамериканского происхождения подвергаются повышенному риску неблагоприятных исходов беременности, включая преждевременные роды и повышенную перинатальную смертность, даже при получении ими раннего дородового патронажа и при отсутствии медицинских или социальных факторов риска.<sup>26,27</sup> Необходимо провести дополнительные исследования для лучшего понимания этого феномена и разработки вмешательств с целью нивелирования выявленного различия.

Каждая беременная женщина должна пройти ультразвуковое исследование в первом триместре для получения наиболее точной оценки гестационного возраста и профилактики непреднамеренных преждевременных родов и переношенных беременностей. Это ультразвуковое исследование должно дополняться еще одним, выполняемым на сроке, примерно, 20 недель для оценки анатомии плода.

Все матери в периоде раскрытия родов на сроке от 24 до 34 недель для созревания плода должны получить один курс антенатальных стероидов за более чем 48 часов до родов.

*Кроме того, было показано, что 17 альфа-гидроксипрогестерона капроат снижает частоту преждевременных родов, грубо говоря, на треть у женщин с самопроизвольными преждевременными родами в анамнезе при назначении, начиная с 16-20 недель и продолжение еженедельного лечения до 37 недель.<sup>21</sup>*

- В ходе проведения дородового наблюдения следует максимально рано идентифицировать женщин с анамнезом самопроизвольных преждевременных родов и рассматривать для них возможность скрининга с помощью трансвагинального ультразвука на длину шейки матки и профилактического лечения прогестероном для предотвращения рецидива.
- У женщины должен быть полный доступ к их картам беременных, и им следует напоминать о том, что записи нужно все время носить с собой.<sup>28</sup> Также они должны получить максимальное количество информации, нужной им для принятия информированных решений о получении помощи. Для получения научно-обоснованных рекомендаций женщин следует направлять к легко доступным и доверенным источникам, таким как:  
[www.obgguide.org](http://www.obgguide.org)

[www.acnm.org](http://www.acnm.org)  
[www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)  
[www.acog.org](http://www.acog.org).<sup>2</sup>

- Создание электронной истории болезни позволит всем уместным работникам здравоохранения во всем мире легко обращаться к данным о беременности. Обеспечение доступа к электронной истории болезни для всех медицинских работников, принимающих участие в наблюдении за беременной, также способно улучшить безопасность и качество помощи.<sup>29</sup> Необходимо проведение дополнительного хорошо контролируемого клинического научного поиска, такого как рандомизированные клинические исследования, включая те, что сосредоточены на отдаленных исходах для ребенка, для продолжения улучшения качества дородового патронажа и здоровья матерей и их детей.



## Ссылки

---

1. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 6th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007.
2. Berghella V, ed. Obstetric evidence based guidelines. London, UK and New York, USA: Informa Healthcare, 2007.
3. Custer M, Waller K, Vernon S, O'Rourke K. Unintended pregnancy rates among a US military population. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2008;22:195-200.
4. Berghella V, Buchanan E, Pereira L, Baxter JK. Preconception care. *Obstet Gynecol Surv* 2010;65:119-31.
5. Atrash H, Jack BW, Johnson K, et al. Where is the "W"oman in MCH? *Am J Obstet Gynecol* 2008;199 (6 Suppl B):S259-65.
6. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gulmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001.
7. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008.
8. Sullivan SA, Hill EG, Newman RB, Menard MK. Maternal-fetal medicine specialist density is inversely associated with maternal mortality ratios. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193 (3 Suppl) 1083-8.
9. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000182.
10. ACOG Committee on Practice Bulletins. ACOG Practice Bulletin No. 77: screening for fetal chromosomal abnormalities. *Obstet Gynecol* 2007;109:217-27.
11. Abuhamad AZ, ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin, clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 98, October 2008 (replaces Practice Bulletin number 58, December 2004). Ultrasonography in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2008;112:951-61.
12. Rasmussen KM, Catalano PM, Yaktine AL. New guidelines for weight gain during pregnancy: what obstetricians/gynecologists should know. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2009;21:521-6.
13. Artal R, Lockwood CJ, Brown HL. Weight gain recommendations in pregnancy and the obesity epidemic. *Obstet Gynecol* 2010;115:152-5.
14. Kramer MS, McDonald SW. Aerobic exercise for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD000180.
15. US Department of Health and Human Services. 2008. Physical Activity Guidelines for Americans. [www.health.gov/PAGuidelines](http://www.health.gov/PAGuidelines)
16. ACOG Committee Obstetric Practice. ACOG Committee opinion. Number 267, January 2002: exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol* 2002;99:171-3.
17. Impact of physical activity during pregnancy and postpartum on chronic disease risk. *Med Sci Sports Exerc* 2006;38:989-1006.
18. Cawthon L. Obesity and Pregnancy. Olympia, Washington: Department of Social and Health Services. Planning, Performance and Accountability. Research and Data Analysis Division, 2010.
19. Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD004454.
20. Garite TJ, Kurtzman J, Maurel K, Clark R, Obstetrix Collaborative Research Network. Impact of a 'rescue course' of antenatal corticosteroids: a multicenter randomized placebo-controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:248.e1,248.e9.
21. Meis PJ, Klebanoff M, Thom E, et al. Prevention of recurrent preterm delivery by 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate. *N Engl J Med* 2003;348:2379-85.
22. Fonseca EB, Celik E, Parra M, Singh M, Nicolaides KH, Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *N Engl J Med* 2007;357:462-9.
23. National Institute of Health. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. Maternal-Fetal Surgery Network 2010.
24. Edlow AG, Srinivas SK, Elovitz MA. Second-trimester loss and subsequent pregnancy outcomes: What is the real risk? *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:581.e1,581.e6.

25. Getahun D, Lawrence JM, Fassett MJ, et al. The association between stillbirth in the first pregnancy and subsequent adverse perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:378.e1,378.e6.
26. Healy AJ, Malone FD, Sullivan LM, et al. Early access to prenatal care: Implications for racial disparity in perinatal mortality. *Obstet Gynecol* 2006;107:625-31.
27. Goldenberg RL, Cliver SP, Mulvihill FX, et al. Medical, psychosocial, and behavioral risk factors do not explain the increased risk for low birth weight among black women. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1317-24.
28. Brown HC, Smith HJ. Giving women their own case notes to carry during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD002856.
29. George J, Bernstein PS. Using electronic medical records to reduce errors and risks in a prenatal network. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2009;21:527-31.



# Глава 7:

## Возможности улучшения качества при оказании помощи в родах

Steven L. Clark, Eric Knox,  
Kathleen Rice Simpson, Gary D.V. Hankins

Период в родах представляет собой время значительного риска и для матери, и для плода.<sup>1,2</sup> Хотя и малые в абсолютном смысле риски, присутствующие во время родов (к примеру, неврологическая патология плода вследствие недоношенности и материнская смерть из-за кровотечения) относительно значимы в сравнении с теми, что возникают на других этапах во время беременности или младенчества<sup>1,2</sup> Внутрородовой период также представляет собой время огромных возможностей для улучшения исходов пациентов за счет применения принципов улучшения качества – процесса стандартизации и использования контрольных списков, тренинга по работе в команде, управления ресурсами команды и доказательной медицины – к помощи, оказываемой роженице.<sup>3-6</sup>

*Междисциплинарное общение и многопрофильные коллегиальные разборы случаев являются основополагающими компонентами любой программы безопасности пациентов, направленной на улучшение помощи в родах*

Эта глава не задумывалась как исчерпывающий трактат по внутрородовой помощи; она написана для того, чтобы подчеркнуть значение нескольких важных сфер современной акушерской практики, в которых возможности улучшения исходов поддерживаются здоровыми научными данными. Кроме того, эта глава подчеркивает важность системных перемен в улучшении исходов. К примеру, междисциплинарное общение и многопрофильные коллегиальные разборы случаев являются основополагающими компонентами любой программы безопасности пациентов, направленной на улучшение помощи в родах.<sup>1,7</sup> В связи с этим во многих учреждениях доказали свою жизнеспособность стандартизированные программы обучения в режиме online, включая обучение в области интерпретации закономерностей частоты сердечных сокращений плода и ведении дистотии плечиков и послеродовых кровотечений. Ряд госпиталей требует успешного

окончания такого рода обучения, как части стандартной аттестации врачей и медсестер.

Конфиденциальный коллегиальный разбор неблагоприятных исходов также является основополагающим компонентом улучшения качества и безопасности пациентов. Поведение подобных программ нередко затруднено потенциальными конфликтами интересов, когда обсуждаемое лицо является или партнером по практике или экономическим конкурентом рецензентов.<sup>1</sup> Помимо этого, нападки на конфиденциальность процесса коллегиального разбора случаев резко ослабляют эффективность таких программ и отрицательно сказываются на безопасности пациентов.

Указанные сферы могут служить в качестве ценных основных точек приложения усилий отдельных лиц, учреждений здравоохранения и госпитальных систем, преследующих цели

улучшения исходов беременности.

### Избранные конкретные вмешательства

#### Время планового родоразрешения

В течение, по меньшей мере, 50 лет “доношенная” беременность определялась как время от 37 до 42 недель, прошедшее от последнего менструального периода.<sup>8</sup> До недавнего времени исходы родов в пределах этого 5-недельного диапазона с достаточным вниманием не освещались. Этот вопрос особенно важен с учетом нашего современного понимания значительной краткосрочной и долгосрочной заболеваемости, ассоциированной с поздними преждевременными родами (от 34 до 36 недель).<sup>8</sup>

Несмотря на наличие многих достоверных соматических и акушерских показаний к родоразрешению до 39 недель гестации, медицинское обоснование значительной доли ранних родов ставится под сомнение. Из всех рождений в Соединенных Штатах от 10 до 15 процентов в настоящее время проходят в плановом порядке (без выявляемого соматического или акушерского показания) и до достижения 39 недель гестации.<sup>9,10</sup> К этой группе относится плановая стимуляция родовой деятельности и плановое первичное и повторное родоразрешение путем кесарева сечения.<sup>9-11</sup> Последние данные показывают, что плановое родоразрешение до 39 недель гестации связано, как минимум, со значительной краткосрочной заболеваемостью; долгосрочные исходы в этой когорте, включая тип нарушения способностей к обучению и ухудшения академической успеваемости, продемонстрированный у почти доношенных новорожденных, все еще ожидают комплексного изучения.

Рисунок 1 демонстрирует поступления в отделение реанимации новорожденных детей, родившихся на сроке 37, 38 и 39+ недель гестации.<sup>9</sup> Неонатальная морбидность, оцениваемая как потребность в получении интенсивной

неонатологической помощи, удваивается у младенцев, родившихся в плановом порядке при сроке от 38 до 39 недель и повышается на 400 процентов при родах при сроке от 37 до 38 недель по сравнению с детьми, родившимися в 39 недель или позднее. Среди младенцев, родившихся до 39 полных недель гестации, отмечается также большая частота респираторного дистресс-синдрома и младенческой смерти, чем у родившихся позднее.<sup>9,11</sup>

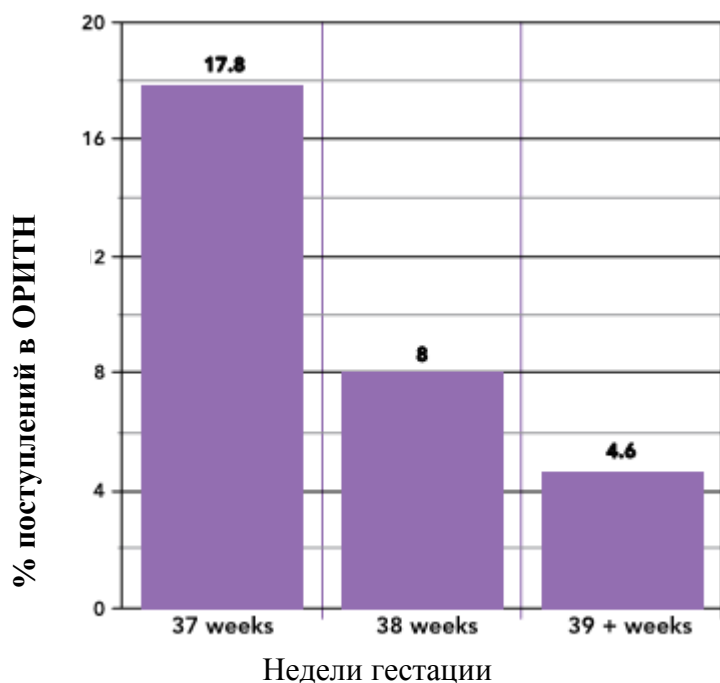
Подтверждение зрелости фетальных легких с помощью амниоцентеза с целью проведения планового кесарева сечения до 39 недель, вероятно, представляет собой неудовлетворительное соотношение риска/пользы при рассмотрении плановой стимуляции, а не повторного кесарева сечения. Последние данные показывают увеличение неонатальной заболеваемости при плановом родоразрешении до 39 недель даже после подтверждения зрелости легких.<sup>12</sup> Далее, поскольку частота первичного кесарева сечения, ассоциированного со стимуляцией родов, напрямую связана с раскрытием шейки матки в начале индукции, практика плановой стимуляции до 39 недель гестации также способна внести вклад в увеличение частоты первичных кесаревых сечений, наблюдающееся в Соединенных Штатах.<sup>9,13</sup> К дополнительным побуждениям к плановому родоразрешению до 39 недель относятся удобство врачей и ожидания пациентов.<sup>14</sup>

С учетом частоты плановых ранних родоразрешений спонтанные перемены маловероятны. Однако опыт нескольких учреждений дает основания полагать, что эффективное медицинское руководство и принятие строгих учрежденческих протоколов, диктующих время планового родоразрешения, могли бы уменьшить частоту планового родоразрешения до 39 недель гестации до менее чем 5 процентов всех родов с пропорциональным снижением

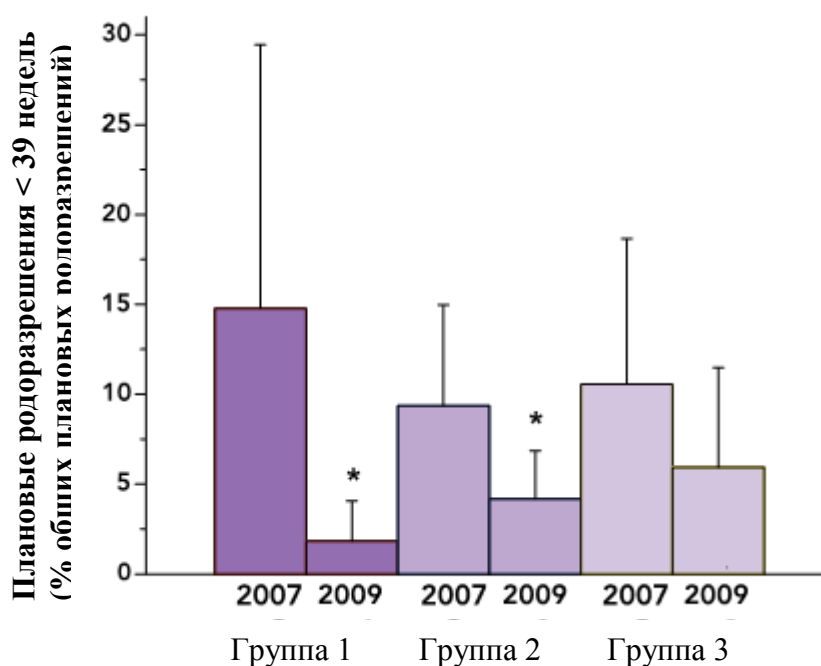
ассоциированной заболеваемости (Рисунок 2).<sup>10,15,16</sup> И Национальный форум качества [National Quality Forum], и Объединенная комиссия, посчитали эти меры достаточно важными для включения как средств эталонного сравнения качества.<sup>17,18</sup> Американская коллегия акушеров и гинекологов также предостерегала относительно раннего

планового родоразрешения.<sup>19</sup> Фонд March of Dimes предлагает на своем веб-сайте комплекс методик для использования клиницистами с целью предотвращения плановых родоразрешений до полных 39 недель гестации.<sup>20</sup>

**Рисунок 1: Плановое срочное родоразрешение и поступления в ОРИТН<sup>9</sup>**



**Рисунок 2: Плановые родоразрешения < 39 недель<sup>10</sup>**



Этот рисунок демонстрирует относительную эффективность различных подходов к снижению плановых родоразрешений до 39 недель гестации. Группа 1 состоит из учреждений, в которых госпитальным персоналом приняты отделенческие правила против этой практики. Группа 2 представляет учреждения, в которых аналогичные учрежденческие правила поддерживались лишь коллегиальными разборами случаев их невыполнения. Группа 3 состоит из учреждений, в которых применялось только обучение врачей. Изменения в этой последней группе не были статистически значимыми.

### Безопасное применение окситоцина

Окситоцин представляет собой препарат, наиболее часто ассоциирующийся с предотвратимыми неблагоприятными явлениями во время деторождения и также наиболее часто упоминаемый в судебных исках, связанных с профессиональной ответственностью.<sup>21,22</sup>

Недавно Институт безопасной медицинской практики (Institute of Safe Medical Practice) назвал окситоцин “лекарственным препаратом высокой насыщенности”, несущим “повышенный риск нанесения ущерба”, что обосновывает необходимость специальных мер предосторожности при его применении для снижения риска ошибки.”<sup>21</sup>

Протоколы безопасного введения и мониторинга окситоцина следует основывать на нескольких научно-доказательных физиологических принципах.<sup>21</sup>

- Следуя за изменение дозы, окситоцин достигает уровней стабильного состояния спустя 30-40 минут.
- Существует непредсказуемая вариабельность индивидуальных ответов на введенную дозу.
- Неблагоприятные фетальные воздействия окситоцина проявляются исключительно из-за избыточной активности матки, что связано с дозировкой.
- рН плода достоверно падает во время периода раскрытия при сокращениях маточной мускулатуры более частых, чем каждые 2-3 минуты.

Из этих принципов следует, что любой общий режим инфузии окситоцина в идеале:

- начинается с низкой дозы (от 1 до 2 миллиединиц [mU]/мин.);

- повышает дозу только по прошествии достаточного времени, необходимого для полной оценки воздействий начальной дозы (30 минут);
- поддерживает или снижает дозу после достижения клинически адекватных закономерностей схваток;
- предполагает наличие протокола для обеспечения тщательного и единообразного наблюдения за фетальными и маточными воздействиями инфузии<sup>23</sup> и
- включать адекватное сестринское штатное расписание (одна зарегистрированная медсестра на одну женщину, получающую окситоцин для стимуляции родовой деятельности или ее усиления).

Предлагались и детально изучались альтернативные протоколы вливания с применением более высоких доз и более частыми интервалами введения.<sup>21</sup> В некоторых случаях такие протоколы могут применяться без повышения morbidity и с ускорением течения родов. Однако два мета-анализа продемонстрировали увеличение маточной тахисистолии, более низкую частоту самостоятельных влагалищных родов, увеличение числа послеродовых кровотечений и инфекций при применении протоколов высоких доз по сравнению с физиологическими. В одной работе с использованием протокола, при котором доза окситоцина повышалась в темпе 6 миллиединиц/мин. каждые 20 минут, период раскрытия укорачивался по сравнению с протоколом низких доз. Однако у половины пациентов наблюдалась маточная тахисистолия, а кесарево сечение по поводу патологической частоты сердечных сокращений плода выполнялось в два раза чаще, чем при режиме низких доз.<sup>24</sup>

Хотя не было продемонстрировано увеличение выявляемых воздействий краткосрочной неонатальной асфиксии у пациенток с маточной тахисистолией, которым в этом академическом центре

выполнялось кесарево сечение по поводу патологической частоты сердечных сокращений плода, избегание промахов с высоким потенциалом ошибки является интегральной частью современной практики, основанной на соображениях безопасности пациентов. Таким образом, если безопасность пациентов, а не скорость родов является основным предметом озабоченности, такие данные дают веские основания полагать, что протоколы высоких доз не являются идеальными для рутинного применения.<sup>21,25</sup>

В некоторых случаях соматические или акушерские показания оправдывают компромисс между преимуществами укороченных родов и рисками применения протоколов высоких доз окситоцина. К примеру, женщина, чье благополучие подвергается риску из-за тяжелой преэклампсии и падающих уровней тромбоцитов, может потребовать более агрессивного использования окситоцина для ускорения родов.

Simpson и Lyndon показали, что хотя 80 процентов медсестер у постели больной осведомлены о правильных клинических действиях в ответ на маточную тахисистолию (к примеру, снижение темпа вливания окситоцина), соответствующие действия имеют место только в 5 процентах случаев,<sup>22</sup> а в некоторых случаях доза окситоцина, в сущности, увеличивается.<sup>26</sup> Наиболее распространенной причиной разногласия между акушером и медсестрой предродовой палаты является тенденция акушера, не находящегося у постели больной, призвать к назначению окситоцина таким способом, который представляется медсестре предродовой палаты небезопасным.<sup>21,27</sup>

Единообразие подхода обычно связано с улучшением качества труда или исходов,<sup>1,23,25</sup> и все эти соображения указывают на необходимость единого подхода к назначению и мониторингу окситоцина, в частности, в пределах

одного и того же учреждения. В качестве резонного дополнения к единообразным темпам вливания низких доз стандартные, высокоспецифичные протоколы, созданные на базе контрольных списков, сосредоточенные на фетальном и маточном ответе на окситоцин, способны улучшить неонатальные исходы и снизить частоту первичных кесаревых сечений по поводу патологических законно мерностей частоты сердечных сокращений плода<sup>23,25</sup> (см. Приложение). Поскольку от случая к случаю можно наблюдать избыточную маточную активность даже при самой осторожной клинической помощи, в каждом учреждении родовспоможения должен иметься протокол “спасения”, позволяющий прекращение введения окситоцина по независимому решению сестринского персонала и введение тербуталина сульфата.<sup>27</sup>

### **Частота родоразрешения путем кесарева сечения**

Увеличение частоты как первичного, так и повторного кесарева сечения за последние несколько десятилетий – хорошо описанный феномен.<sup>28</sup> За исключением протоколов, прицельно направленных на снижение патологических закономерностей частоты сердечных сокращений плода, связанных с введением окситоцина, и ограничение практики планового стимулирования родов до 39 недель гестации, никаким программам не удавалось эффективно сдерживать постоянное увеличение частоты операции первичного кесарева сечения на больших

контингентах. Хотя в многочисленные факторы вносят вклад в этот подъем, мы считаем, что, в основном, роль играют четыре из них:

отсутствие методики выявления развивающейся ацидемии плода в период раскрытия родов с почти совершенной чувствительностью и высоким положительным прогностическим значением;<sup>29</sup>

отсутствие четких национальных руководств по диагностике слабости родовой деятельности, требующей родоразрешения путем кесарева сечения;<sup>28</sup>

страх судебного преследования из-за невыполнения кесарева сечения;<sup>30</sup> и

профиль безопасности кесарева сечения, приближающийся к профилю безопасности влагалищных родов.<sup>2</sup>

Без изменения первых трех вышеупомянутых факторов мы ожидаем, что частота кесарева сечения в Соединенных Штатах останется относительно высокой. Частота кесарева сечения – плохой количественный индикатор оценки качества внутриродовой помощи, будь-то индивидуального или учрежденческого уровня. Идеальная частота должна рассматриваться как вторичный параметр, к которому будут обращаться по мере совершенствования отдельных компонентов внутриродовой помощи.<sup>1</sup>

*Высокоспецифичные протоколы, созданные на базе контрольных списков, сосредоточены на фетальном и маточном ответе на окситоцин, способны улучшить неонатальные исходы и снизить частоту первичных кесаревых сечений по поводу патологических законно мерностей частоты сердечных сокращений плода.*

## **Сульфат магния для нейропротекции и профилактики церебрального паралича**

Церебральный паралич наиболее часто является результатом недоношенности, внутриутробной инфекции или иных, не вполне изученных событий развития, не связанных с внутриродовой помощью. Однако и внутриродовая асфиксия, и внутричерепное кровоизлияние могут вызвать церебральный паралич у ранее нормальных младенцев.<sup>3</sup>

*Мы рекомендуем, чтобы клиницисты рассматривали введение сульфата магния в целях нейропрофилактики всем детям в возрасте менее 32 недель гестации, подвергающимся значительно повышенному риску преждевременных родов*

Научные и медицинские организации, работающие с плодом и новорожденным, в настоящее время универсально принимают критерии, поддерживающие связь между внутриродовой асфиксией и церебральным параличом.<sup>3</sup> Соответствующая внутриродовая помощь в некоторых случаях предотвращает подобные события. Однако глубоко недоношенные младенцы подвергаются особенно высокому риску позднего развития церебрального паралича. До недавнего времени мало что было известно об эффективных методах профилактики церебрального паралича у таких детей.

Несколько исследований, включая два мета-анализа, продемонстрировали снижение частоты церебрального паралича у младенцев, родившихся до 32 недель, которые получали сульфат магния до родов.<sup>31,32</sup> При этом другие типы неврологической дисфункции, включая задержку развития, нарушение интеллекта, слепоту или глухоту, остаются без изменений. В животной модели

серноокислая магnezия предотвращает постгипоксическое повреждение головного мозга за счет блокирования избытка высвобождения глутамата в кальциевом канале.<sup>33</sup> Головной мозг и плода, и новорожденного представляется восприимчивым к повреждению, опосредованному глутаматом. Было показано также, что сульфат магния изменяет дифференциальную экспрессию медиатора воспаления IL-1 и снижает повреждение нейронов в мышинной модели.<sup>34</sup>

Изучались различные дозы, продолжительность терапии и интервалы между введением, причем создается впечатление, что большинство демонстрируют схожее благотворное воздействие. Мы рекомендуем, чтобы клиницисты рассматривали введение сульфата магния в целях нейропрофилактики всем младенцам в возрасте менее 32 недель, которые подвергаются значительно более высокому риску преждевременных родов. Учреждениям следует придерживаться одного из имеющихся рецензированных опубликованных протоколов.<sup>35</sup> Хотя снижение частоты церебрального паралича, наблюдаемое на фоне введения сульфата магния, важно, большинство исследований показывают снижение абсолютного масштаба риска порядка, примерно, 2 процентов. Таким образом, научно недостоверно заключить, что риска церебрального паралича можно было бы избежать в каждом отдельном случае назначения сульфата магния.

Как отметили авторы одного мета-анализа, “требуются дальнейшие исследования для уточнения того, как действует сульфат магния, кто должен его получать и как следует проводить оптимальное лечение. Нужны исследования, сравнивающие дозу, время введения, а также то, требуется ли лечение сульфатом магния и следует ли его повторять”.<sup>6</sup> Текущие рекомендации позволяют применять различные дозы и интервалы введения сульфата магния для нейропротекции, но никакие специфические протоколы или установленные факторы риска не могут считаться лучше других. Мы рекомендуем, чтобы учреждения разрабатывали единообразные критерии и протоколы такого лечения на основе любого из ряда опубликованных подходов.

### **Повреждения плечевого сплетения**

Несколько крупных клинических исследований документально отразили, что многие случаи повреждения плечевого сплетения, включая полный отрыв нервного корешка, являются результатом неизбежных внутриутробных процессов, которые предрасполагают младенца также к дистоции плечиков при рождении.<sup>36,37</sup> Травма плечевого сплетения и дистоция плечиков обычно являются разными осложнениями одного и того же происхождения, а именно, результатом диспропорции плода и таза матери на поздних сроках беременности и/или в родах. Однако в некоторых случаях дистоция плечиков приводит к повреждению плечевого сплетения.

В распоряжении клинициста, столкнувшегося с дистоцией плечиков, имеется ряд маневров. Такие маневры, как правило, дают возможность принять ребенка без повреждения плечевого сплетения, за исключением вышеописанных случаев, при которых повреждение уже существует вследствие тех же факторов, что привели к дистоции плечиков. Поскольку дистоция плечиков

в абсолютном смысле неизбежна, но бригада, осуществляющая помощь в родах, сталкивается с ней нечасто, единообразный подход к командному ведению пациентки может улучшить пособие при этой неотложной ситуации. Отработка навыков, непрерывное медицинское образование, интерактивные курсы в режиме online и протоколы, поясняющие обязанности каждого члена бригады, являются ценными методиками достижения единообразия оказываемой помощи. Мы рекомендуем, чтобы учреждения родовспоможения составляли и выполняли план обеспечения должного ведения дистоции плечиков бригадой с применением одной или более вышеупомянутых обучающих методик. Точное отражение в документации примененных маневров и тех, применения которых при ведении дистоции плечиков удалось избежать, также исключительно необходимо, причем результатам можно содействовать за счет использования имеющихся контрольных списков.

### **Выводы и рекомендации**

С учетом текущего состояния научного поиска представляется, что доказательные инициативы, направленные на улучшение внутриродовой помощи, лучше всего подходят для:

- внедрения учрежденческих протоколов и создания эффективного медицинского руководства для исключения плановых родов до 39 полных недель гестации и ассоциированной с ними заболеваемости при улучшении безопасности пациентов и исходов беременности;
- применения стандартизированных протоколов введения низких доз окситоцина для стимуляции и усиления родовой деятельности;
- единообразного выполнения недвусмысленных протоколов мониторинга вливания окситоцина;
- избегания неуместных кесаревых сечений и исключения родоразрешения



путем кесарева сечения из числа основных индикаторов качества;

- принятия протоколов введения сульфата магния в целях нейропротекции у недоношенных детей по образцу опубликованных подходов;
- методологии учрежденческого обучения/подготовки, разработанной для повышения реагирования команды на неотложные акушерские состояния, включая дистоцию плечиков и послеродовое кровотечение, содействия пониманию клиницистами промежуточных и патологических закономерностей частоты сердечных сокращений плода;
- применения имеющихся контрольных списков с целью точного отражения в документации использованных маневров

и тех, использования которых удалось избежать при ведении дистоции плечиков, и

- составления надежной программы улучшения качества для процессов оказания внутриродовой помощи.

Инициативы по безопасности пациентов, основанные на этих принципах, привели к значительным улучшениям перинатальных исходов в избранных учреждениях и госпитальных системах. Сосредоточение на любой из этих сфер поможет отдельным медикам и учреждениям и далее улучшать исходы беременности.



# НСА

**Инициатива перинатальной безопасности Корпорация госпиталей Америки**

**рекомендовала**

**контрольные списки применения окситоцина у женщин с доношенной беременностью одним плодом**

**“Такой контрольный список применения окситоцина представляет собой руководство по оказанию помощи; однако индивидуализированная медицинская помощь оказывается врачом”.**

**Контрольные списки заполняются каждые 30 минут. Если невозможно заполнить следующий контрольный список, введение окситоцина следует прекратить или снизить**

Дата и время заполнения \_\_\_\_\_

Оценка плода указывает:

Произошло, по меньшей мере, 1 ускорение на и 15 ударов в минуту x 15 секунд или адекватная вариабельность в течение 10 из предшествовавших 30 минут

Произошло не более одного замедления

Произошло не более 2 вариабельных замедлений, превышающих по продолжительности 60 секунд и снижающихся значительно более 60 ударов в минуту по отношению к исходному значению в течение предшествовавших 30 минут

Маточные сокращения:

Не более 5 маточных сокращений на протяжении 10 минут в любой 20-минутный интервал

Не более двух схваток продолжительностью более 120 секунд

Между схватками матка мягкая при пальпации

Если поставлен внутриматочный катетер для измерения давления (IUPC), количество единиц Монтевидео (MVU) не должны превышать 300 мм рт. ст., а исходный тонус в покое должен быть менее 25 мм рт. ст.

**\*При прекращении введения окситоцина перед возобновлением его назначения проводится обзор Контрольного списка до введения окситоцина**

**Заключительная версия: 25 марта 2005 г.**

## Ссылки

---

1. Clark SL, Belfort MA, Byrum SL, Meyers JA, Perlin JB. Improved outcomes, fewer cesarean deliveries, and reduced litigation: results of a new paradigm in patient safety. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:105.e1,105.e7.
2. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GD. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:36.e1,5; discussion 91-2. e7-11.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists and American Academy of Pediatrics. Neonatal Encephalopathy and Cerebral Palsy: Defining the Pathogenesis and Pathophysiology. Washington, DC: 2003.
4. Kuban KC, Leviton A, Pagano M, Fenton T, Strassfeld R, Wolff M. Maternal toxemia is associated with reduced incidence of germinal matrix hemorrhage in premature babies. *J Child Neurol* 1992;7:70-6.
5. Nelson KB, Grether JK. Can magnesium sulfate reduce the risk of cerebral palsy in very low birthweight infants? *Pediatrics* 1995;95:263-9.
6. Doyle LD, Crowther CA, Middleton P, Marret S, Rouse D. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotectin of the fetus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009.
7. Simpson KR, James DC, Knox GE. Nurse-physician communication during labor and birth: implications for patient safety. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35:547-56.
8. Fleischman AR, Oinuma M, Clark SL. Rethinking the definition of “term pregnancy.” *Obstet Gynecol* 2010;116:136-9.
9. Clark SL, Belfort MA, Miller DK, et al. Neonatal and Maternal Outcomes associated with elective term delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:156e1-4.
10. Clark SL, Frye DR, Meyers JA, et al. Reduction in elective delivery at <39 weeks of gestation: comparative effectiveness of 3 different approaches to change and the impact on newborn intensive care admissions and stillbirths. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203.
11. Tita AT, Landon MB, Spong CY, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Eng J Med* 2009;360:111-20.
12. Bates E, Rouse D, Chapman V, et al. Fetal lung maturity testing before 39 weeks and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:S17.
13. Reisner DP, Wallin TK, Zingheim RW, et al. Reduction of elective inductions in a large community hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:e1-7.
14. Goldenberg RL, McClure EM, Bhattacharya A, Groat TD, Stahl PJ. Women’s perceptions regarding the safety of births at various gestational ages. *Obstet Gynecol* 2009;114:1254-1258.
15. Oshiro BT, Henry E, Wilson J, Branch DW, Varner MW. Decreasing elective deliveries before 39 weeks of gestation in an integrated health care system. *Obstet Gynecol* 2009;113:804-11.
16. Iams J for the Ohio Perinatal Quality Collaborative. A statewide initiative to reduce scheduled births without appropriate indication. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:S19.
17. The National Quality Forum. NQF #0469. Elective delivery prior to 39 completed weeks gestation. Endorsed on: October 28, 2008;2010.
18. The Joint Commission. The Joint Commission Introduces Perinatal Care Core Measures. 2010.
19. ACOG Committee on Practice Bulletins. ACOG Practice Bulletin. No. 107. Induction of Labor. *Obstet Gynecol* 2009;114:386-97.
20. March of Dimes. Elimination of Non-medically Indicated (Elective) Deliveries Before 39 Weeks Gestational Age. 2010. [www.marchofdimes.com/files/\\_39\\_Weeks\\_Toolkit.pdf](http://www.marchofdimes.com/files/_39_Weeks_Toolkit.pdf)
21. Clark SL, Rice-Simpson K, Knox E, Garite TJ. Oxytocin: New perspectives on an old drug. *Am J Obstet Gynecol* 2009;209:e1-6.
22. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, et al. Reducing litigation through alterations in practice patterns. *Obstet Gynecol* 2008;112:1279-1283.
23. Clark SL, Belfort MA, Saade GA, et al. Implementation of a conservative, checklist driven protocol for oxytocin administration: Maternal and newborn outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:e1-5.
24. Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML, et al. High- vs. low-dose oxytocin for labor stimulation. *Obstet Gynecol* 1992;80:111.
25. Hayes EJ, Weinstein L. Improving patient safety and uniformity of care by a standardized regimen for the use of oxytocin. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:e1-7.

26. Simpson KR, Lyndon A. Clinical disagreements during labor and birth: How does real life compare to standards of care? *The American Journal of Maternal Child Nursing* 2009.
27. Simpson KR. Failure to rescue: Implications for evaluating quality of care during labor and birth. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 2005;19:23-33.
28. Clark SL, Belfort MA, Hankins GDV, et al. Variation in the rates of operative delivery in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:526-7.
29. Clark SL, Hankins GDV. Temporal and demographic trends in cerebral palsy — Fact and fiction. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:628-33.
30. Lumalcuri J, Hale RW. Medical Liability. An ongoing nemesis. *Obstet Gynecol* 2010;115:223-30.
31. Rouse DJ, Hirtz DG, Thom E, et al for the Eunice Kennedy Shriver NICHD Maternal-Fetal Medicine Units Network. A randomized, controlled trial of magnesium sulfate for the prevention of cerebral palsy. *New Engl. J. Med* 2008;359:895-905.
32. Constantine MM, Weiner SJ for the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units Network (MFMU). Effects of antenatal exposure to magnesium sulfate on neuroprotection and mortality in preterm infants *Obstet Gynecol* 2009;114:354-64.
33. McDonald JW, Silverstein FS, Johnston MV. Magnesium reduces N-methyl-D-aspartate (NMDA)-mediated brain injury in perinatal rats. *Neuroscience Letters* 1990;109:234-8.
34. Burd I, Breen K, Friedman A, et al. Magnesium sulfate to prevent adverse neurological injury: Providing biological evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:S3.
35. Scott JR. Magnesium sulfate for neuroprotection. *What Do We Do Now?* *Obstet Gynecol* 2009;114:500-1.
36. Sandmire H, Morrison J, Racinet C, et al. Newborn brachial plexus injuries: The twisting and extension of the fetal head as contributing causes. *J Obstet Gynaecol* 2008;28:170-2.
37. Gherman RB, Chauhan S, Ouzounian JG, et al. Shoulder dystocia: The unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:657-72.

## Глава 8:

# Применение принципов улучшения качества при осуществлении ухода за новорожденным высокого риска

Jeffrey B. Gould, Barbara S. Medoff-Cooper,  
Edward F. Donovan, Ann R. Stark

Эта глава сосредоточена на недоношенных и доношенных новорожденных высокого риска, требующих лечения в отделении реанимации новорожденных (ОРИТН) или других отделении более высокого уровня. Каждая перинатальная программа должна разработать критерии направления в ОРИТН на основе научно-доказательной оценки материнских, неонатальных и перипартальных факторов, определяющих уровни риска. Программы улучшения качества могут оценивать то, являются ли эти критерии уместными и последовательно применимыми, что приводит к достижению оптимальных исходов для матери и ребенка. Данная глава описывает четыре аспекта помощи в ОРИТН – количественное определение индикаторов, снижение variability процессов и исходов, безопасность и индивидуализированная помощь – что при соответствующем внимании может привести к значительным улучшениям исходов в течение периода от 1 до 2 лет.

---

|   |  |  |
|---|--|--|
| <i>Настоятельно необходимо, чтобы больничное административное руководство оказывало финансовую поддержку сбору данных и участию в создании многоучрежденческой коллаборативной базы данных улучшения качества как фундаментальной статье бюджета ОРИТН.</i> | <b>Количественное определение индикаторов</b><br>Все мероприятия по оценке и улучшению качества требуют количественного определения индикаторов целью сравнения уровня достижений одного отделения с достижениями коллег; <sup>1</sup> ими руководствуются в процессе претворения улучшений и определения достигнутого успеха. ОРИТН может предпринять отдельные проекты улучшения качества на основе своего клинического восприятия необходимых перемен. Альтернативно или одновременно более быстрое и мощное выявление потребности в улучшении может быть достигнуто путем определения индикаторов в контексте сети, состоящей из многих учреждений, которая применяет стандартные определения, беспристрастную методику введения поправки на риски и | коллегиальный уровень определения индикаторов для эталонного сравнения. Обычно на закупку следящей аппаратуры и оптимизации состояния здоровья и стабилизации каждого младенца в ОРИТН ассигнуются значительные ресурсы; при этом ресурсы для мониторинга и оптимизации безопасности и общей эффективности работы ОРИТН могут рассматриваться как менее важные. Настоятельно необходимо, чтобы больничное административное руководство оказывало финансовую поддержку сбору данных и участию в создании многоучрежденческой коллаборативной базы данных улучшения качества как фундаментальной статье бюджета ОРИТН.<br><br>Многих учреждений в области улучшения качества в |
|---|--|--|

неонатологии внесли важный вклад в совершенствование помощи, оказываемой их членами-ОРИТН. Сотрудничества по улучшению качества предоставляют возможности одновременного проведения совместного обучения, коллегиальной конкуренции и апробирования множественных стратегий. Существующие Ряд региональные и национальные сотрудничества многоучрежденческие системы, такие как Сеть Вермонт-Оксфорд ([www.vtoxford.org](http://www.vtoxford.org)), Сотрудничество по улучшению качества перинатальной помощи Калифорнии (California Perinatal Quality Care Collaborative [[www.cpqcc.org](http://www.cpqcc.org)]), Сотрудничество по перинатальной помощи Огайо (Ohio Perinatal Quality Collaborative [[www.opqc.net](http://www.opqc.net)]), *Pediatrix* ([www.pediatrix.com](http://www.pediatrix.com)) и Национальный перинатальный информационный центр (National Perinatal Information Center [[www.npic.org](http://www.npic.org)]) предоставляют своим членам – ОРИТН полезные эталоны для сравнения по важным процессам и исходам. Они также проводят структурированные, многоучрежденческие инициативы по улучшению качества. Однако каждое из сотрудничеств разработало, до некоторой степени независимо, подход к определению специфических мерил процесса и исхода с определениями случая, знаменателями и поправками на риски. Для обеспечения справедливого сравнения между всеми ОРИТН необходим национальный консенсус с целью создания стандартных комплексов индикаторов, включая стандарты идентификации электронных историй болезни по каждому определению и знаменателю, соответствующие факторы введения поправки на риски и сравнения количественных индикаторов. Как минимум, эти методики должны обращаться и к вопросам эффективности, и безопасности помощи, оказываемой ОРИТН поступившим детям и их семьям.

В качестве первого шага Технический экспертный совет Секции перинатологии

Американской академии педиатрии в настоящее время оценивает различия в подходах, используемых крупными сетями и исследователями в отношении измерений и сравнения между ОРИТН по нозокомиальным инфекциям. К сожалению, без принятия индикаторов качества и участия в улучшении качества с использованием исключительно важных расходных статей бюджета ОРИТН способность к участию в подобных мероприятиях и результирующая польза при оказании помощи младенцам высокого риска остаются ограниченными.

### Снижение вариабельности процессов и исходов

Оказываемая помощь и исходы лечения пациентов широко варьируют среди ОРИТН (Рисунок 2).

Некоторую вариабельность исходов можно было бы объяснить различиями в исходном риске пациентов (к примеру, глубокая недоношенность или перевод, а не рождение в данном учреждении), но большая часть объясняется различиями в полученной помощи. Вариабельность типична для большинства процессов и исходов в ОРИТН даже после введения поправки на различия в составе поступивших пациентов.

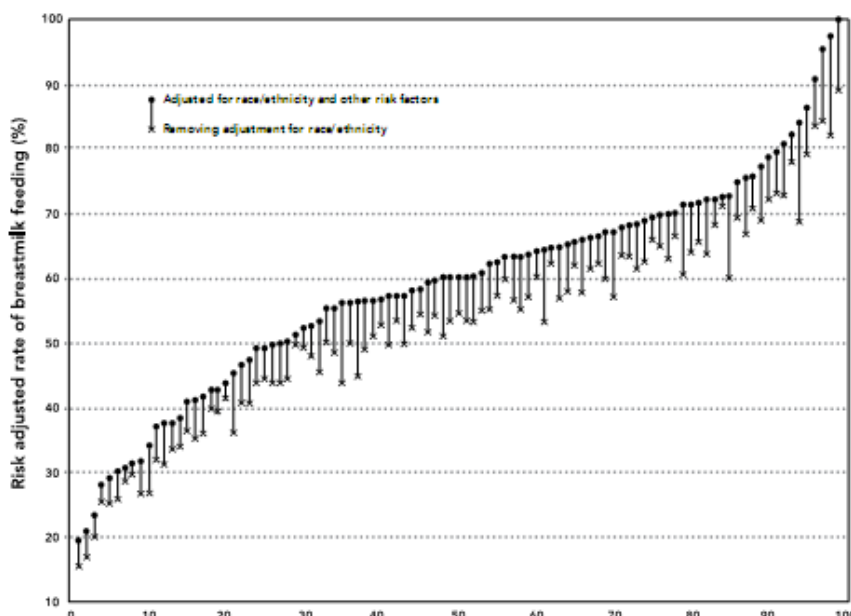
Наглядное представление вариабельности в группе ОРИТН преследует две важные цели. Во-первых, оно показывает достижения значительного числа ОРИТН в модификации важных процессов и минимизации заболеваемости и смертности. Во-вторых, оно позволяет ОРИТН сравнивать качество своей работы с теми ОРИТН, которые уже достигли эталонного уровня качества труда. Целью улучшения качества является предоставление методик и структуры с тем, чтобы все ОРИТН достигли или даже превысили исходы, отмечаемые лучшими исполнителями. Применительно к сети ОРИТН, эффективное улучшение качества

повысит среднюю частоту достижения группой желательного исхода и снизит вариабельности процессов и /или исходов во всей группе. Рисунок 3 демонстрирует такие изменения, последовавшие за проектом улучшения качества, направленного на увеличение частоты назначения антенатальных стероидов матерям с угрозой преждевременных родов.<sup>4</sup>

[Рисунок 1 удален]

Поскольку качество помощи, оказываемой пациентам в ОРИТН, в конечном итоге улучшается за счет занятых клиницистов первой линии, которые оказывают эту помощь, усилия по улучшению качества должны стать частью рутинной каждодневной помощи. Использование методов улучшения качества с доказанной эффективностью и учет временных ограничений неонатологов, фельдшеров, медсестер и других членов медицинской бригады жизненно важны для успешного улучшения качества.

**Рисунок 2: Воздействие расового/этнического происхождения на грудное вскармливание при выписке домой<sup>3</sup>**



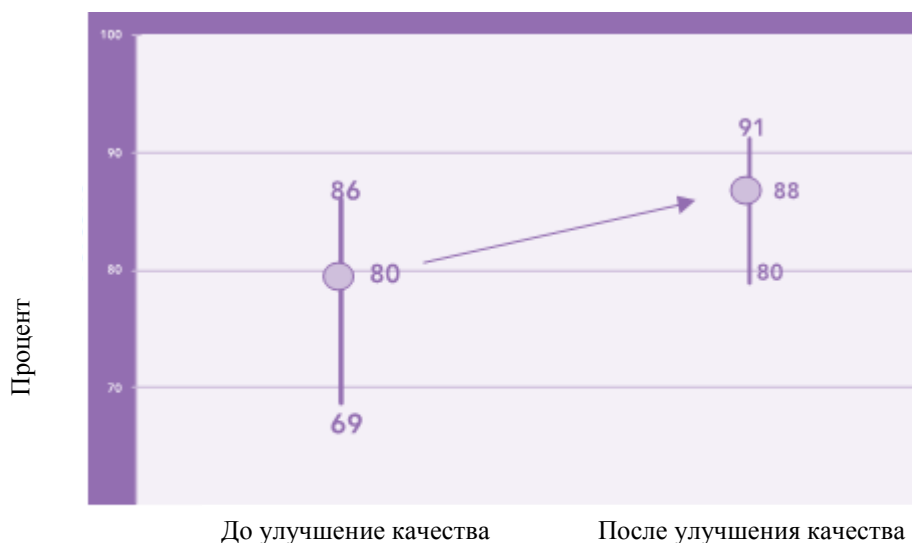
**Центры Сотрудничества по улучшению качества перинатальной помощи Калифорнии (CPQCC) в восходящем порядке показателя рисков с поправкой**

### Примеры успешных инициатив по перинатальному улучшению качества

Ряд инициатив по перинатальному улучшению качества достигает положительных результатов. В сотрудничестве, поддержанном CPQCC, 13 региональных ОРИТН уменьшили количество инфекций кровотока, ассоциированных с центральными катетерами, на 25 процентов в течение 10-месячного периода.<sup>5</sup> Аналогичным

образом, с 1998 г. по 2006 г. сотрудничество в области улучшения качества Сеть Вермонт-Оксфорд, состоящая из восьми ОРИТН, оказывающих помощь 4.065 младенцам с экстремально низкой массой тела при рождении, достигла статистически значимого снижения внутрибольничных инфекций с 18 процентов до 15 процентов.<sup>6</sup>

**Рисунок 3: Смещение медианы и сужение межквартильного диапазона<sup>4</sup>**



### **Ключевые практические концепции в улучшении перинатального качества**

Несколько практических концепций являются центральными в усилиях по улучшению перинатальной помощи: своевременная обратная связь, прозрачность, доказательное принятие решений и надежность.

#### **Своевременная обратная связь**

Установление измеримых, достижимых во времени целей и эталонов для сравнения – незаменимый компонент успешных усилий по улучшению качества. Измерения должны быть своевременными и полезными для клиницистов. К примеру, отчет о работе медсестер и неонатологов вскоре после того, как они оказали помощь младенцам с введенными внутрисосудистыми катетерами, с большей вероятностью станет ценным стимулом перемен, нежели получение этой информации несколько месяцев спустя.

Аналогичным образом, своевременные отчеты о данных, предоставленных клиницистами, непосредственно оказывающими помощь, с большей вероятностью окажутся более ценными, чем доклады о данных, собранных другими.

#### **Прозрачность**

Прозрачность в улучшении качества в здравоохранении подразумевает, что исходы открыто обсуждаются с коллегами, пациентами, семьями, плательщиками и конкурентами. Прозрачность может спровоцировать критику и риск утраты доли рынка, но она также, скорее всего, повысит совместное познание и будет мотивировать тех, кто работает над улучшением качества оказания помощи.<sup>7</sup> Было показано, что обнародование информации о качестве работы стимулировало деятельность по улучшению качества на госпитальном уровне.<sup>8</sup> Оказывается, демонстрация текущих результатов инициативы по улучшению качества работы ОРИТН в месте, доступном и для родителей и сотрудников, значительно способствует энтузиазму по поводу перемен и процесса их внедрения.

#### **Доказательное принятие решений**

Основной целью программ улучшения качества в сфере здравоохранения является внедрение научно-обоснованной практики, что обеспечивает оказание безопасной и эффективной помощи пациентам и приводит к достижению оптимальных исходов. В этом контексте



научные данные воспринимаются иерархические: наивысший уровень доказательств поддерживается множественными с крупным размером выборки и научно достоверными исследованиями, в то время как низкий уровень научных доказательств основан на мнении опытных экспертов. Американская рабочая группа по профилактике [U.S. Preventive Services Task Force] суммировала осмысление иерархии доказательств сегодняшнего дня ([www.ahrq.gov/clinic/uspstf/grades.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/grades.htm)). Сайты в сети Интернет, такие как сайт калифорнийского CPQCC, разместили комплексы методик улучшения качества с применением опубликованных лучших видов практики, предлагаемые для бесплатной загрузки ([www.cpqcc.org](http://www.cpqcc.org)).

**Надежность: каждый пациент при каждом контакте получает оптимальную помощь.**

Надежность часто выражается в виде частоты ошибок. Когда ошибки дорого обходятся, как, например, в атомной промышленности, понятие “высоконадежный” иногда определяется как менее, чем одна ошибка на миллион событий. В данном случае надежность обеспечивается со знанием того, что любая ошибка способна нанести ущерб многим людям. В отличие от этого индустрия здравоохранения имеет тенденцию к более индивидуальной ориентации, поскольку клиницисты поддерживают тесный контакт с относительно небольшим количеством людей, которых они лечат. Таким образом, частота ошибок, выражаемая на уровне индустрии, может заставить клиницистов думать, что 1 из 100

– это неплохо, так как у каждого пациента есть 99 шансов из 100 обойтись во время лечения без ущерба. Высоконадежные организации здравоохранения измеряют свою эффективность как долю контактов с пациентами, при которых клиницисты поступают правильно. Однако с точки зрения семьи новорожденного, поступившего в оживленное ОРИТН, где принимаются 1000 клинических решений в день, знание того, что система охраны здоровья ежедневно совершает 10 опасных ошибок (1 из 100) вряд ли окажется утешительным. Создание основополагающих характеристик высоконадежной организации, таких как эффективное неиерархическое общение и работа в команде, выявление уязвимых к ошибкам точек системы и идентификация и анализ ошибок без осуждающего отношения вполне укладываются в компетенцию всех ОРИТН. Как обсуждается ниже, программа активных упражнений на тренажерах представляет собой эффективный способ поощрения и отработки таких навыков.

**Безопасность пациентов в ОРИТН**

Тремя примерами осуществимых инициатив ОРИТН по безопасности являются: а) уменьшение числа нозокомиальных инфекций; б) передача смены и улучшенное общение и с) упражнения на тренажерах. Подобные подходы быстро начнут способствовать безопасности путем обращения к решению системных вопросов, а не индивидуальных. Хотя мы думаем, что многоучрежденческая, добровольная, не карательная

*Поскольку качество помощи, оказываемой пациентам в ОРИТН, в конечном итоге улучшается за счет занятых клиницистов первой линии, которые оказывают эту помощь, усилия по улучшению качества должны стать частью рутинной ежедневной помощи.*

система отчетности по частоте ошибок может сыграть важную роль в будущем, благотворные эффекты подобного подхода ожидают дальнейшего анализа.<sup>9,10</sup> Прочие клинически важные инициативы по безопасности, такие как уменьшение ошибок, связанных с медикаментозным лечением, требуют усилий, затрагивающих всю организацию, не ограниченных только ОРИТН, и здесь не рассматриваются.

Уменьшение числа внутрибольничных инфекций  
Нозокомиальная инфекция и/или системные катетер-ассоциированные инфекции входят в список наиболее приоритетных вопросов безопасности, выявленных при изучении ошибок в ОРИТН, в связи с чем начали проводиться исследования.<sup>11</sup> Усилия по улучшению качества, направленные на уменьшение числа таких инфекций, эффективны и устойчиво снижают заболеваемость и потребление ресурсов.<sup>5</sup> Более того, такие инициативы могут достичь уровней улучшения, превосходящих те, о которых участники изначально думали как о возможных. К примеру, в результате структурированной инициативы по улучшению качества в крупных ОРИТН, обслуживающих наиболее тяжелых больных, появились периоды продолжительностью до 6 месяцев без катетер-ассоциированных инфекций (Таблица 1).

### Передача смены и улучшенное общение

С учетом интенсивности и сложности помощи, оказываемой в ОРИТН, и множественных переходов персонала из одной смены в другую, высоким приоритетом является обеспечение точной передачи информации, касающейся состояния младенца, ожидаемых проблем и плана лечения. Хотя не проводилось исследований, которые бы отмечали частоту или последствия неудачных передач смены (также известных под названием

пересменки) в ОРИТН, коммуникационные проблемы хорошо документированы в качестве основного источника медицинских ошибок в условиях различных стационаров.<sup>12</sup> Таким образом, стандартизированный подход к передаче смены, включая разработку электронных методик для содействия успешной передаче информации, как ожидается, будет содействовать безопасности, что и было предположено в документе “Национальная цель по безопасности пациентов” [National Patient Safety Goal] 2006 г. Объединенной комиссии, который требует от организаций внедрения стандартизированного подхода к “общению при передаче смены”. Хотя известны несколько подробных обзоров медицинских передач пациентов по смене, включая те, что описывают воздействие неудовлетворительно проведенных пересменок, очень немного исследований проводилось для определения лучших видов практики.

Рекомендации оговаривают, что передача смены происходит в определенное время и в личном присутствии для осуществления прямого общения и уточнения ситуации между тем, кто информацию передает, и тем, кто ее получает. Ограничение прерываний во время передачи смены важны также для обеспечения точной передачи информации. Так как отсутствие формальной подготовки по методам передачи пациентов по смене представляет собой еще один потенциальный барьер, создание и внедрение модуля для тренинга по передаче смены жизненно важно, и его следует интегрировать в общую разработку процесса передачи смены.<sup>12</sup>

Важно также ликвидировать препятствия к эффективному общению, которые в типичном случае возникают вследствие воспринимаемых различий в роли врачей и медсестер, включая иерархические барьеры. Применение стандартизированного

структурированного подхода к передаче смены способно снизить препятствия к эффективному общению. Электронные методики передачи смены содействуют вербальным докладам за счет обеспечения структурированного подхода к передаче информации. Электронная методика передачи смены, интегрированная в электронную историю

болезни, может утилизировать уже имеющиеся данные (демографические сведения, витальные функции, медикаментозное лечение, значения лабораторных показателей, список дел и т.д.), улучшая эффективность клинициста и уменьшая число ошибок, включая ошибки при назначении лекарственных препаратов.

**Таблица 1. Избранные научно-обоснованные инициативы по улучшению качества медицинского обслуживания новорожденных высокого риска**

| Исход/процесс   | Улучшение                        |
|---|----------------------------------|
| <b>Инфекция в ОРИТН</b>                                   |                                  |
| ОРИТН CABS1*  | Снижение на 85% <sup>13</sup>    |
| Неонатальные нозокомиальные инфекции                      | Снижение на 17% <sup>14</sup>    |
| Бактериемия, вызванная коагулаза-негативным стафилококком | Снижение на 33% <sup>15</sup>    |
| Нозокомиальная инфекция в ОРИТН                           | Снижение на 29% <sup>16</sup>    |
| Катетер-ассоциированные инфекции кровотока                | Снижение на 25% <sup>5</sup>     |
| <b>Хроническое заболевание легких</b>                     |                                  |
| Хроническое заболевание легких новорожденных              | Снижение на 56% <sup>17</sup>    |
| Выживание детей с ЭНМТ без бронхолегочной дисплазии       | Повышение на 15% <sup>18</sup>   |
| Выживание детей с ЭНМТ без бронхолегочной дисплазии       | Без изменений <sup>19</sup>      |
| Получение сурфактанта по достижении возраста 2 часов      | Снижение на 62% <sup>20</sup>    |
| <b>Ретинопатия недоношенных</b>                           |                                  |
| Тяжелая ретинопатия недоношенных                          | Снижение на 47% <sup>21</sup>    |
| <b>Температура в ОРИТН при поступлении</b>                |                                  |
| Температура при поступлении детей с ЭНМТ                  | Повышение на 0,8°C <sup>22</sup> |
| Улучшение роста детей с ЭНМТ <sup>23</sup>                | Повышение на 2,1 г /день         |

\* катетер-ассоциированные инфекции кровотока в отделении реанимации новорожденных  
ЭНМТ – экстремально низкая масса тела при рождении

Программа передачи смены, соответствующая конкретным потребностям отдельных ОРИТН, созданная при участии всего персонала, могла бы привести к новаторским решениям и обеспечить ощущение собственной ответственности, что важно для успеха программы. Каждая программа должна включать протокол формального обучения и систему мониторинга ее использования и эффективности.

Одним из подходов является “Модель разработки стандартизированного протокола передачи смены”<sup>24</sup>, созданная в Университете Чикаго на основе опыта передачи смен клиническими ординаторами. Авторы предлагают

модель картирования процесса, выявления, внедрения и мониторинга критического содержания, но без включения электронного решения. С учетом повышающегося внедрения учрежденческих электронных историй болезни разработка подхода к передаче смены с целью содействия процессу должна включать интегрированную электронную методику.<sup>25</sup> В рамках сотрудничества по улучшению качества Сеть Вермонт-Оксфорд выполнялись проекты для улучшения общения в ОРИТН за счет применения электронной документации в целях содействия передаче информации.

**Моделирование.** Безопасность получения помощи пациентами в ОРИТН

*Подготовка на основе моделирования в здравоохранении и реалистично воссоздает основные зрительные, слуховые и тактильные характеристики и истинных клинических ситуаций для осуществления обучения, очень похоже имитирует патологические состояния, встречающиеся при оказании помощи реальным пациентам.*

зависит высоко функциональной многопрофильной бригады. Как и при всех условиях оказания интенсивной помощи, отдельным лицам и бригадам следует поддерживать навыки проведения процедур, так как они обязаны уместным образом реагировать на нечастые угрожающие жизни события. Участие в программе моделирования способствует поддержанию навыков без привлечения реальных пациентов и содействует тренингу команды по распространенным сценариям и менее часто встречающимся событиям. Подготовка на основе моделирования в здравоохранении реалистично воссоздает основные зрительные, слуховые и тактильные характеристики истинных клинических ситуаций для осуществления обучения, очень похоже имитирует патологические состояния, встречающиеся при оказании помощи реальным пациентам. Порождая подлинные реакция, тренинг на основе моделирования позволяет выявлять и отрабатывать сферы для улучшения и проводить соответствующую учебную работу.<sup>26</sup>

Моделирование проводится для интеграции основных характеристик высоконадежных организаций, таких как стандартизированные процедуры, эффективное общение всех членов бригады, неиерархическая работа в команде и уделение внимания выявлению и обсуждению промахов с высоким потенциалом ошибки и фактических ошибок в не осуждающей обстановке.

Упражнения на выполнение реанимационных мероприятий предлагают эффективный подход к снижению социальных/иерархических барьеров к общению между членами перинатальной бригады. Подобный подход настоятельно рекомендовался Объединенной комиссией (JC) после того, как анализ дозорного надзора за событиями продемонстрировал, что нечеткое общение и работа в команде вносили вклад в повышение неонатальной и материнской заболеваемости и смертности. В работе “Профилактика младенческой смерти и травм во время родов”, оповещении JC 2004 г о дозорных событиях, неэффективное общение отмечено, как сыгравшее роль в 72 процентах из 47 случаев неонатальной смертности или тяжелой неонатальной morbidity, зарегистрированных в этом агентстве.<sup>27</sup> Оповещение JC 2010 г. о дозорных событиях, “Предотвращение материнской смерти”, сосредоточилось на неблагоприятных явлениях в родах.<sup>28</sup>

Данные клинических исследований также поддерживают ценность моделирования. Недавний обзор научных доказательств Международного комитета по взаимодействию в области реанимации (International Liaison Committee on Resuscitation [ILCOR]) выявил три проспективных рандомизированных контролируемых исследования и 19 других исследований в поддержку применения моделирования для приобретения и поддержания

когнитивных, технических и поведенческих навыков, требуемых при проведении эффективной и безопасной реанимации новорожденных; не было найдено ни одного исследования, которые бы опровергало ценность моделирования. Аналогичным образом, внедрение тренинга на основе моделирования в неотложное акушерство ассоциировалось со снижением частоты перинатальной асфиксии и неонатальной гипоксически-ишемической энцефалопатии (НIE).<sup>29</sup>

В ретроспективном когортном наблюдательном исследовании 19.460 рождений в консультативном отделении родовспоможения третичного уровня клинической больницы после введения в обиход тренинга на основе моделирования по ведению трудных родов число детей с 6 баллами по Апгар на 5 минуте уменьшилась с 86,6 до 44,6 на 10.000 рождений ( $P < 0,001$ ), а количество детей с НIE уменьшилось с 27,3 до 13,6 на 10.000 рождений ( $P = 0,032$ ).<sup>29</sup> В другом ретроспективном наблюдательном исследовании 29.025 рождений, выполненном той же группой, сравнивались ведение и неонатальный исход родов, осложненных дистоцией плечиков, до и после проведения тренинга по дистоции плечиков в госпитале Southmead в Бристоле, Великобритания. Подготовка на тренажерах ассоциировалась и с улучшением использования непрямых маневров родоразрешения (маневр МакРобертса, надлобковое давление, внутренний поворот и рождение задней ручки) и значительным снижением неонатальных травм при рождении после дистоции плечиков с 9,3 процентов до 2,3 процентов.<sup>30</sup> Несмотря на использование исторических контролей, эти исследования демонстрируют производящее впечатление улучшение глубинных неонатальных проблем, нередко являющихся предметом медицинской юриспруденции.

Первая программа обучения на основе моделирования в неонатальной-перинатальной медицине – это программа NeoSim, созданная в Центре углубленного педиатрического и перинатального образования (Center for Advanced Pediatric and Perinatal Education [CAPE]), расположенном на базе детской больницы Packard на территории Стэнфордского университета в Пало-Альто, Калифорния. С 1997 г. NeoSim осуществляла подготовку по отработке когнитивных, технических и поведенческих навыков, необходимых для оказания оптимальной помощи новорожденному в состоянии дистресса.<sup>31,32</sup> NeoSim послужила основой серии изменений, внесенных в современный национальный стандарт подготовки по реанимации новорожденных, Программу реанимации новорожденных (Neonatal Resuscitation Program [NRP]) Американской академии педиатрии (AAP).<sup>33</sup> Стоимость не должна быть ограничивающим фактором в подготовке на тренажерах. Хотя у среды полномасштабного моделирования есть много преимуществ, могут создаваться сценарии моделирования, а подготовка – проводится с использованием стандартных манекенов для реанимации.

### **Индивидуализированная помощь**

Индивидуализированная или соответствующая уровню развития помощь была внедрена Als<sup>34</sup> в середине 1980-х годов для обращения к вопросам озабоченности тем, что среда ОРИТН с ее высокими уровнями шума и освещенности будет неблагоприятно влиять на исходы нейроразвития недоношенных младенцев высокого риска.<sup>35</sup> Помощь, соответствующая развитию, является зависимой от концепции индивидуализации и подразумевает обдуманное рассмотрение типа, объема и времени вмешательств на основе физиологического состояния и поведенческих особенностей младенца. Вмешательства планируются, чтобы помочь недоношенному ребенку или

*Важно, чтобы поставщики услуг на всем протяжении оказания помощи – включая неонатальную помощь – приняли концепцию помощи с центром внимания на пациенте и семье для расширения возможностей женщин и их семей активно участвовать в работе медицинской бригады и принятии решений.*

младенцу высокого риска добиться максимальной стабилизации, организации и компетентности. Оказание помощи, соответствующей уровню развития, способствует улучшению поведенческого состояния ребенка, поскольку лицо, осуществляющее уход, удовлетворяет потребности младенца. Поэтому такая помощь должна интегрироваться во все аспекты осуществления ухода и служить основой принятия всех решений и взаимодействий с младенцем и семьей. Наиболее важно, чтобы индивидуализированная помощь модифицировалась по мере изменения потребностей развития взрослеющего недоношенного ребенка или младенца, подвергающегося высокому риску, а потому она требует частого проведения оценки.<sup>36</sup>

Беспокойства относительно опыта пребывания недоношенного ребенка в ОРИТН и воздействие такого опыта на исходы развития послужили поводом проведения многочисленных программ вмешательств на основе уровня развития.<sup>37</sup> Некоторые из наиболее распространенных элементов помощи с учетом развития включают: (а) контроль внешних стимулов (вестибулярных, тактильных и слуховых); (б) содействие непрерывному сну путем группировки лечебных процедур во времени и (с) пеленание или придание положения младенцу для создания ощущения сдерживания.<sup>35</sup> В качестве важного элемента подобных программ рассматривается также участие родителей.<sup>38</sup> Одним из систематических вмешательств,

проводимых в зависимости от уровня развития, является Программа неонатальной помощи и оценки на основе индивидуального развития (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program [NIDCAP]).<sup>39</sup> NIDCAP применяет методику наблюдения за поведением для оценки переносимости ребенком стимулов, связанных с окружающей средой и оказанием помощи. Прочие программы также осуществляют интеграцию поддерживающих вмешательств, таких как использование контакта кожи ребенка с кожей матери (уход по методу кенгуру) и интеграция семей в процесс ухода за ребенком, а также оказание младенцам высокого риска поддержки для их “нормального” развития с учетом необычного начала жизни. Хотя из-за конфликтующих результатов и исследований с небольшим размером выборки сложно установить, каково общее влияние такой практики оказания помощи, соответствующей уровню развитию, обзор Cochrane выявил доказательства ограниченной пользы вмешательств вообще при отсутствии крупных неблагоприятных воздействий.<sup>35</sup> Один из видов практики, связанной с позитивными преимуществами, – это уход по методу кенгуру.<sup>40</sup> В одном исследовании уход по методу кенгуру ассоциировался со снижением частоты нозокомиальных инфекций к 41 неделе гестационного возраста с коррективкой на недоношенность, тяжелой патологии, заболеваниями нижних отделов дыхательных

путей к 6 месяцу наблюдения, не исключительно грудным вскармливанием на момент выписки и большей ежедневной прибавкой веса к моменту выписки.<sup>41</sup>

Как обсуждалось в Главе 4, важно, чтобы поставщики услуг на всем протяжении оказания помощи – включая неонатальную помощь – приняли концепцию помощи с центром внимания на пациенте и семье для расширения возможностей женщин и их семей активно участвовать в работе медицинской бригады и принятии решений. Новая область научного поиска в сфере индивидуализированной помощи – это тренинг для родителей по наблюдению за признаками стресса и преодоления ситуации, сложившейся с их госпитализированным ребенком, а также по взаимодействию с облегчением стресса. В одном отчете тренинг по развитию чуткости с использованием Программы взаимодействия матери и ребенка (Mother Infant Transactional Program [MITP]) ассоциировался с улучшением микроструктуры развития белого вещества головного мозга согласно данным МРТ. Более зрелое белое вещество, в свою очередь, ассоциировалось с повышенными баллами по уровню нейроповеденческого развития в возрасте 2 недель и 9 месяцев.<sup>42</sup>

Хотя соответствующая уровню развития и индивидуализированная помощь представляет собой основную доктрину педиатрической помощи, ее успешное внедрение в ОРИТН может оказаться проблематичным. Индекс оценки

Практики оказания соответствующей уровню развития неотложной неонатологической помощи (Developmentally Appropriate Neonatal Intensive Care Practice [DANIP]) может оказаться полезным для характеристики общей среды развития и количественной оценки помощи и поддержки, оказанных недоношенным детям и их семьям в доменах вовлечения родителей и семьи, контроля среды и индивидуализированных помощи и обследования.<sup>36</sup> DANIP состоит из трех под-шкал – вовлечение родителей и семьи, контроля среды и индивидуализированная помощь и обследование. Первый раздел из восьми пунктов содержит предысторию и демографические детали по ОРИТН, такие как штатное расписание, размер отделения и число врачей. Тридцать шесть пунктов описывают организационные аспекты отделения, такие как часы посещений и клиническое диспансерное наблюдение, а также окружающую среду (контроль шума, циклическое освещение и программы вмешательств, как, например, уход по методу кенгуру). Последний раздел, состоящий из 13 пунктов, обращается к отношениям и убеждениям штатных сотрудников, касающихся практики и вмешательств, влияющих на развитие недоношенного ребенка. Инструмент, первый в своем роде, предоставляет количественный индикатор для мониторинга внедрения помощи на основе уровня развития. Методика способна служить компасом, которым можно руководствоваться в улучшениях помощи путем дальнейшего

*Хотя соответствующая уровню развития и индивидуализированная помощь представляет собой основную доктрину педиатрической помощи, ее успешное внедрение в ОРИТН может оказаться проблематичным.*

совершенствования медицинского обслуживания недоношенного ребенка с учетом его развития.

### Выводы и рекомендации

Постоянное, доказательное, определяемое результатами улучшение является основополагающим видом деятельности всех ОРИТН. Следующие рекомендации включают легко осуществимые, высокоэффективные мероприятия, которые должны проводиться всеми ОРИТН, желающими достичь наилучших исходов для своих маленьких пациентов:

- В бюджеты ОРИТН следует на постоянной основе включать поддержку количественного определения исходов и, по меньшей мере, одну непрерывную активную инициативу по улучшению качества.
- Инициативы по улучшению должны включать измеримые, выполнимые во времени цели, своевременную обратную связь, прозрачность, научно-обоснованные виды практики, а также внимание к индивидуализированной помощи, оказываемой пациентам и их семьям.
- ОРИТН должны проводить осуществимые, научно-обоснованные инициативы по безопасности с включением высокоприоритетных сфер снижения частоты нозокомиальных инфекций, улучшения передачи

пациентов по смене, а также общения и упражнения на тренажерах.

- В рамках усилий по улучшению провайдерам неонатальной помощи следует принять концепции оказания помощи с центром внимания на пациенте и семье, поощрения активного участия женщин и семей в принятии решений относительно их медицинского обслуживания.
- Инициативы по улучшению качества должны инкорпорировать многодисциплинарный образовательный компонент, использующий опыт для проведения практической подготовки в области дизайна и выполнения проектов по улучшению качества.

Спрос на высококачественную помощь в неонатальной/перинатальной практике сформулирован родителями, плательщиками, больничными администраторами, профессиональными организациями и Американским советом по педиатрии American Board of Pediatrics [ABP]). С этой целью, ABP поддерживает сертификационную программу, которая включает в себя участие в проектах по улучшению качества, одобренных ABP, предназначенных для оценки и улучшения качества помощи, оказываемой пациентам.



## Ссылки

---

1. Horbar J, Gould J. Evaluating and Improving the Quality and Safety of Neonatal Intensive Care. In: Martin R, Fanaroff F, Walsh M, eds. Neonatal Perinatal Medicine. 8th ed: Mosby-Year Book Inc.; 2006:63-79.
2. Data from the Vermont Oxford Network Internet Reporting System. Nightingale. (Accessed at <https://nightingale.vtoxford.org>.)
3. Lee HC, Gould JB. Factors influencing breast milk versus formula feeding at discharge for very low birth weight infants in California. *J Pediatr*. 2009;155(5):657-62.e1-2.
4. Wirtschafter DD, Danielsen BH, Main EK, et al. Promoting antenatal steroid use for fetal maturation: Results from the California Perinatal Quality Care Collaborative. *J Pediatr* 2006;148(5):606-12.
5. Wirtschafter DD, Pettit J, Kurtin P, et al. A statewide quality improvement collaborative to reduce neonatal central line-associated blood stream infections. *J Perinatol* 2009;30:170-81.
6. Payne NR, Finkelstein MJ, Liu M, Kaempf JW, Sharek PJ, Olsen S. NICU practices and outcomes associated with 9 years of quality improvement collaboratives. *Pediatrics*;125:437-46.
7. Quinton HB, O'Connor GT. Current issues in quality improvement in cystic fibrosis. *Clin Chest Med* 2007;28:459-72.
8. Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med* 2008;148:111-23.
9. Snijders C, van Lingen RA, Molendijk A, Fetter WP. Incidents and errors in neonatal intensive care: a review of the literature. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2007;92:F391-8.
10. Subhedar NV, Parry HA. Critical incident reporting in neonatal practice. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2009;95:F378-82.
11. Sharek PJ, Horbar JD, Mason W, et al. Adverse events in the neonatal intensive care unit: development, testing, and findings of an NICU-focused trigger tool to identify harm in North American NICUs. *Pediatrics* 2006;118:1332-40.
12. Arora VM, Manjarrez E, Dressler DD, Basaviah P, Halasyamani L, Kripalani S. Hospitalist handoffs: a systematic review and task force recommendations. *J Hosp Med* 2009;4:433-40.
13. Bizzarro MJ, Sabo B, Noonan M, Bonfiglio MP, Northrup V, Diefenbach K. A quality improvement initiative to reduce central line-associated bloodstream infections in a neonatal intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol*;31:241-8.
14. Kaempf JW, Campbell B, Sklar RS, et al. Implementing potentially better practices to improve neonatal outcomes after reducing postnatal dexamethasone use in infants born between 501 and 1250 grams. *Pediatrics* 2003;111:e534-41.
15. Kilbride HW, Wirtschafter DD, Powers RJ, Sheehan MB. Implementation of evidence-based potentially better practices to decrease nosocomial infections. *Pediatrics* 2003;111:e519-33.
16. Schelonka RL, Scruggs S, Nichols K, Dimmitt RA, Carlo WA. Sustained reductions in neonatal nosocomial infection rates following a comprehensive infection control intervention. *J Perinatol* 2006;26(3):176-9.
17. Birenbaum HJ, Dentry A, Cirelli J, et al. Reduction in the incidence of chronic lung disease in Toward Improving the Outcome of Pregnancy III very low birth weight infants: results of a quality improvement process in a tertiary level neonatal intensive care unit. *Pediatrics* 2009;123:44-50.
18. Payne NR, LaCorte M, Karna P, et al. Reduction of bronchopulmonary dysplasia after participation in the Breathsavers Group of the Vermont Oxford Network Neonatal Intensive Care Quality Improvement Collaborative. *Pediatrics* 2006;118 Suppl 2:S73-7.
19. Walsh M, Lupton A, Kazzi SN, et al. A cluster-randomized trial of benchmarking and multimodal quality improvement to improve rates of survival free of bronchopulmonary dysplasia for infants with birth weights of less than 1250 grams. *Pediatrics* 2007;119:876-90.
20. Horbar JD, Carpenter JH, Buzas J, et al. Collaborative quality improvement to promote evidence-based surfactant for preterm infants: a cluster randomised trial. *Bmj* 2004;329:1004.
21. Ellsbury DL, Ursprung R. Comprehensive Oxygen Management for the Prevention of Retinopathy of Prematurity: the pediatric experience. *Clin Perinatol*;37:203-15.
22. Lee HC, Ho QT, Rhine WD. A quality improvement project to improve admission temperatures in very low birth weight infants. *J Perinatol* 2008;28:754-8.

23. Ducloy-Bouthors AS, Ducloy JC, Sicot J. Impact of a perinatal network medical practice improvement program on postpartum hemorrhage-related morbidity. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;104:68-9.
24. Arora V, Johnson J. A model for building a standardized hand-off protocol. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006;32:646-55.
25. Frank G, Lawless ST, Steinberg TH. Improving physician communication through an automated integrated sign-out system. *J Healthc Inf Manag* 2005;19:68-74.
26. Halamek LP. The simulated delivery-room environment as the future modality for acquiring and maintaining skills in fetal and neonatal resuscitation. *Semin Fetal Neonatal Med* 2008;13:448-53.
27. Sentinel event alert issue 30 — July 21, 2004. Preventing infant death and injury during delivery. *Adv Neonatal Care* 2004;4:180-1.
28. The Joint Commission. Preventing maternal death. *Sentinel Event Alert*. 2010 Jan 26;44:1-4.
29. Draycott T, Sibanda T, Owen L, et al. Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome? *BJOG* 2006;113:177-82.
30. Draycott TJ, Crofts JF, Ash JP, et al. Improving neonatal outcome through practical shoulder dystocia training. *Obstet Gynecol* 2008;112:14-20.
31. Halamek LP, Kaegi DM, Gaba DM, et al. Time for a new paradigm in pediatric medical education: teaching neonatal resuscitation in a simulated delivery room environment. *Pediatrics* 2000;106:E45.
32. Murphy A, Halamek L. Simulation-based Training in Neonatal Resuscitation, *NeoReviews* 2005;6:489-92.
33. Halamek L. The genesis, adaptation, and evolution of the Neonatal Resuscitation Program. *NeoReviews* 2008;9:142-9.
34. Als H. Infant Individuality: Assessing patterns of very early development. In: Call J, Galenson E, Tyson R, eds. *In Frontiers of Infant Psychiatry*. New York, NY: Basic Books, Inc; 1983.
35. Symington A, Pinelli J. Developmental care for promoting development and preventing morbid in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD001814.
36. Aita M, Snider L. The art of developmental care in the NICU: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2003;41:223-32.
37. Atun-Einy O, Scher A. Measuring developmentally appropriate practice in neonatal intensive care units. *J Perinatol* 2008;28:218-25.
38. Tedder JL. Give Them The HUG: An Innovative Approach to Helping Parents Understand the Language of Their Newborn. *J Perinat Educ* 2008;17:14-20.
39. Sizun J, Westrup B. Early developmental care for preterm neonates: a call for more research. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004;89:F384-8.
40. Legault M, Goulet C. Comparison of kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1995;24:501-6.
41. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2003:CD002771.
42. Als H, Duffy FH, McAnulty GB, et al. Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics* 2004;113:846-57.

## Глава 9:

# Возможности улучшения качества в оказании послеродовой помощи

Margaret Comerford Freda, Cheryl Tatano Beck, Deborah E. Campbell, Diana L. Dell, MD, Stephen Radcliffe

Опыт женщины сразу после родов и в первые 6 недель после рождения ребенка (послеродовая помощь) способен серьезно повлиять на ее здоровье, здоровье ребенка, восприятие ею деторождения и даже привязанность к новорожденному. Было показано, что послеродовая помощь улучшает исходы перинатального здоровья. При этом известны аспекты послеродовой помощи, способные еще более улучшить такие исходы, – незамедлительное начало и продолжительность грудного вскармливания, помощь в рамках охраны материнства с центром внимания на семье, при которой мать и ее ребенок совсем не разлучаются во время пребывания в стационаре, а потребности новой семьи имеют первостепенное значение, просвещение молодых матерей и отцов относительно отказа от курения для улучшения их здоровья и здоровья их новорожденных и оставшихся дома детей, универсальный скрининг на послеродовую депрессию и скрининг на послеродовое посттравматическое стрессовое расстройство.

### Начатое сразу после родов и продолжительное грудное вскармливание

Исключительно грудное вскармливание – когда ребенку с рождения не дают ни пищи, ни жидкости, за исключением грудного молока – приносит новорожденным и их матерям физическую и психологическую пользу. Согласно Американской академии педиатрии (AAP)<sup>1</sup>, выгода грудного вскармливания включает, но не ограничивается, помощь в создании прочных связей между матерью и ребенком, обеспечение иммунитета ко многим распространенным заразным заболеваниям и уменьшение числа инфекционных заболеваний у новорожденного (включая болезни дыхательных путей, диарею и инфекции уха), а также снижение риска развития атопии и бронхиальной астмы.<sup>2</sup> Преимущества грудного вскармливания зависят от дозы: для достижения этих медицинских преимуществ

рекомендуется исключительно грудное вскармливание в течение 6 месяцев. Хотя процент младенцев в Соединенных Штатах, когда либо получавших грудное

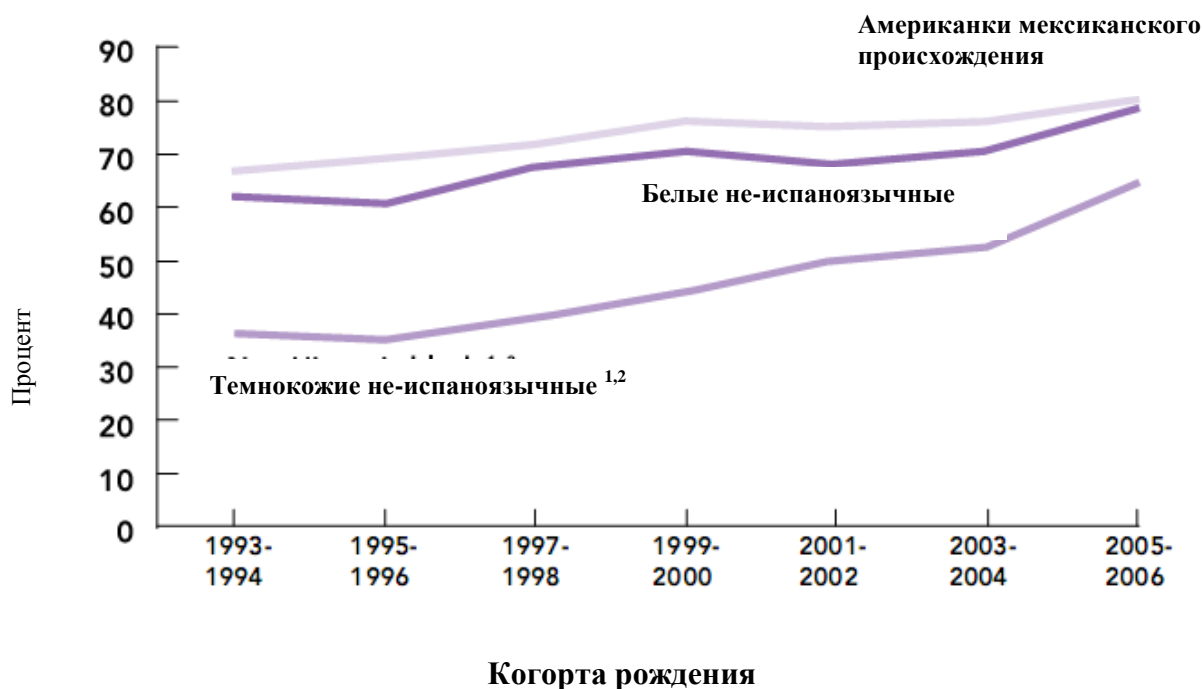
вскармливание, вырос с 60 процентов в 1993-1994 гг до 77 процентов в 2005-2006 гг. (Рисунок 1), не отмечалось значительных изменений в частоте грудного вскармливания до возраста 6 месяцев.<sup>3</sup> В Соединенных Штатах сохраняются расовые, этнические, экономические, возрастные и географические различия в частоте грудного вскармливания.

Матери грудное вскармливание помогает уменьшить послеродовое кровотечение и содействует более быстрой инволюции (матки), а также возвращение к исходному пренатальному весу. К дополнительным материнским преимуществам относятся улучшенное психическое здоровье матери, снижение риска развития рака (молочной железы, яичника, эндометрия) и снижение риска диабета II типа и остеопороза. Однако, несмотря на доказанные преимущества, начатое сразу после родов и продолжительное грудное вскармливание распространено в американских госпиталях и учреждениях родовспоможения не столь широко, как хотелось бы. В 1991 г. Детский фонд

Организации Объединенных Наций (ЮНИСЭФ) и Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) начали проведение Инициативы “Госпиталь, дружелюбный к ребенку” (Baby-Friendly Hospital Initiative [BFHI]), глобального усилия по внедрению практики, содействующей грудному вскармливанию и поддерживающей его, измерению качества и определению центров совершенства грудного вскармливания.<sup>4</sup> BFHI использует “Десять шагов к успешному грудному вскармливанию – пособие для

госпиталей” (Ten Steps to Successful Breastfeeding for Hospitals) в качестве концептуальной основы назначения всех служб родовспоможения (акушерских стационаров и родильных домов) в качестве центров поддержки грудного вскармливания, что, как было показано, повышает частоту грудного вскармливания.<sup>4,5,6</sup> Частота участия американских учреждений в достижении статуса “Госпиталя, дружелюбного к ребенку” была относительно низкой, так что следует повышать осведомленность о такой возможности.

**Рисунок 1: Тенденции частоты грудного вскармливания в динамике среди не-испаноязычных женщин и американок мексиканского происхождения**



<sup>1</sup> Значительное повышение тенденций в динамике для темнокожих новорожденных не испанского происхождения.

<sup>2</sup> Темнокожие новорожденные не испанского происхождения значительно отличаются от белых новорожденных не испанского происхождения и американских детей мексиканского происхождения в каждой когорте рождения.

ИСТОЧНИК: CDC/Национальный центр статистики в области здравоохранения (NCHS), Национальное исследование здоровья и питания (National Health and Nutrition Examination Survey).

Десять шагов включают виды практики, известные как способствующие началу, продолжению и исключительности грудного вскармливания и поддерживающие его:

1. формальное обучение матерей и семей вопросам грудного вскармливания;
2. непосредственная поддержка матерей во время кормления грудью;
3. подготовка штата первичной медико-санитарной помощи (включая персонал учреждений родовспоможения) по грудному

вскармливанию и технике грудного вскармливания;

- и  
4. поддержка коллег.<sup>7,8</sup>

Американская неправительственная организация Baby-Friendly (США), проводящая Инициативу “Госпиталь, дружественный к ребенку” в Соединенных Штатах, недавно опубликовала труд “4D путь к получению звания «Дружественного ребенка»” (4D Pathway to Baby-Friendly Designation) в помощь достижения госпитальными статуса “Дружественного ребенка” (Рисунок 2).

### Десять шагов к успешному грудному вскармливанию – пособие для госпиталей<sup>17</sup>

Инициатива “Госпиталь, дружественный к ребенку” способствует грудному вскармливанию, защищает и поддерживает его посредством “Десяти шагов к успешному грудному вскармливанию – пособия для госпиталей” согласно рекомендациям ЮНИСЕФ/ВОЗ

Этапы в Соединенных Штатах:

1. Иметь письменные правила грудного вскармливания, которые рутинно доводятся до сведения всего медицинского персонала.
2. Осуществить подготовку всего медицинского персонала по навыкам, необходимым для выполнения этих правил.
3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и проведении грудного вскармливания.
4. Помочь матерям начать грудное вскармливание в течение 1 часа после родов.
5. Показать матерям, как кормить грудью и как поддерживать лактацию, даже если они разделены со своими новорожденными детьми.
6. Не давать новорожденным детям ни еды, ни питья, помимо грудного молока, в отсутствие медицинских показаний к введению докорма.
7. Практика “совместного пребывания” – дать возможность матерям и их новорожденным детям оставаться вместе 24 часа в сутки.
8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.
9. Не давать сосок-пустышек или сосок на рожках младенцам на грудном вскармливании.\*\*
10. Содействовать созданию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы при выписке из стационара или клиники.

\*\* Американская академия педиатрии не поддерживает категорическое запрещение сосок-пустышек<sup>16</sup>

Ряд факторов подрывает успех начала грудного вскармливания и уменьшает его продолжительность. К примеру, неудача начала контакта кожи к коже и грудного вскармливания в пределах первого часа с целью обеспечения исключительно грудного вскармливания и совместного пребывания новорожденного ребенка с матерью значительно снижают

продолжительность грудного вскармливания.<sup>9,10</sup> Невозможность совместного пребывания и отсутствие грудного вскармливания по требованию во время пребывания в стационаре в послеродовом периоде<sup>11</sup> вносили вклад в повышение утомляемости матери и ребенка и урезание времени, необходимого для практической

поддержки лактации. Избежание применения сосок-пустышек и поддержка лактации после выписки являются наиболее важными факторами продолжительного грудного вскармливания. Раздача в госпитале покупных упаковок детского питания также подавляет желание кормить грудью, снижая продолжительность грудного вскармливания на 10 недель.<sup>12</sup> Неуверенность матери в своей способности образовывать достаточное количество молока для удовлетворения потребностей ребенка и отмечаемые трудности в кормлении грудью представляют собой наиболее часто упоминаемые причины раннего прекращения грудного вскармливания.<sup>13</sup>

Американская рабочая группа по профилактике выявила ряд вмешательств в рамках первичной медико-санитарной помощи для содействия и поддержки грудного вскармливания, повышающих частоту начала, продолжительность и распространенность исключительно грудного вскармливания. К таким

вмешательствам относятся формальное обучение матерей и семей, непосредственная поддержка лактации, проведение подготовки персонала первичной медико-санитарной помощи и поддержка равных. Вмешательства, комбинирующие антенатальные и постнатальные компоненты, являются наиболее действенными в увеличении продолжительности грудного вскармливания.<sup>14</sup> Центры по контролю заболеваемости и профилактике провели национальное исследование родовспоможения и практики вскармливания детей (mPINC) и составили отчет *“Материнская практика, связанная с грудным вскармливанием, в стационарах и родильных домах – Соединенные Штаты, 2007 г.” (Breastfeeding-related Maternity Practices in Hospitals and Birthing Centers)*, который предоставил информацию по эталонному сравнению конкретного родильного дома с подобными учреждениями в том же штате.<sup>15</sup>

Рисунок 2: 4D путь к получению звания «Дружелюбного ребенка»™



Dissemination (распространение)

Designation (присвоение)

Discovery (открытие)

Development (развитие)

Для больше информации: [www.babyfriendlyusa.org](http://www.babyfriendlyusa.org)

© Baby – Friendly USA 2010

В 2009 г. ААР одобрила Десять шагов к успешному грудному вскармливанию ВОЗ/ЮНИСЕФ и опубликовала примерные правила грудного вскармливания новорожденных в стационаре, а также разработала комплекс методик “Безопасное и здоровое начало” (*Safe and Healthy Beginnings Toolkit*)<sup>17</sup>, содержащее руководство по грудному вскармливанию и практические методики для госпиталей и специалистов первичной медико-санитарной помощи. Методики поддержки грудного вскармливания включают протокол клинической помощи, примерные правила грудного вскармливания, методики оценки (IB FAT, LATCH, а также алгоритм оценки матери-ребенка [Mother-Baby

Assessment]), оценку кормления грудью матерями, оценку ресурсов грудного вскармливания и предложила вопросы для применения в ЛПУ во время выполнения ранних диспансерных посещений новорожденных для оценки потребности в дополнительной помощи.

К прочим подходам к улучшению грудного вскармливания относятся образовательные инициативы для лиц, принимающих решения в ЛПУ, надзор со стороны организаций, ведающих аккредитацией, публичная отчетность по индикаторам качества помощи при грудном вскармливании, стимулирующая “плата за выполнение” госпиталю, удовлетворяющим конкретным стандартам качества, и региональные

*Мы выступаем в защиту создания дополнительных коалиций и сотрудничества в области грудного вскармливания на уровне штата и региона в помощь выполнения национальной инициативы по грудному вскармливанию, что подчеркивает значение начала грудного вскармливания сразу после родов, принятие ВФН и преемственность при оказании помощи по поводу грудного вскармливания.*

сотрудничества в области обучения, совместно работающие для достижения целей улучшения качества.<sup>18</sup>

Все более профессиональные организации в здравоохранении начинают интегрировать лучшие виды практики в клинические комплексы методик в поддержку начала грудного вскармливания сразу после родов с поддержанием грудного вскармливания после выписки из стационара. К примеру, региональные департаменты здравоохранения Калифорнии, Нью-Йорка и Техаса разработали программы в помощь госпиталям в подготовке сотрудников и внедрении нормативных документов, способствующих исключительно грудному вскармливанию. В 2009 г. в штате Нью-Йорк был принят *Билль о правах матери на грудное вскармливание (Breast-feeding Mother's Bill of Rights)*, конкретизировавший право на ранее и немедленное начало грудного вскармливания после родов, продолжающийся контакт (совместное пребывание) с новорожденным, лактационные ресурсы и право на отказ от видов лечения или практики, затрудняющих успешное начало грудного вскармливания, таких как искусственное вскармливание, соски-пустышки, образцы детских смесей, которые можно взять с собой, и рекламные пакеты.<sup>19</sup> Несколько штатов, включая Калифорнию, Иллинойс, Массачусетс, Мичиган, Миссури и Пенсильванию, создали коалиции и сотрудничества по грудному вскармливанию на уровне региона и штата, в члены которых входят провайдеры медицинских услуг матери и

ребенку. Такие коалиции сосредоточиваются на обучении общественности и специалистов, аутич-работе, распространении информации (практические руководства и клинические методики) и улучшении качества.

Наконец, Национальный форум качества (NQF), некоммерческое, общественно-частное партнерство, состоящее из членов организаций-потребителей, органов аккредитации и сертификации, госпиталей, научных обществ, профессиональных ассоциаций и прочих сторон, заинтересованных в качестве помощи, включил показатель исключительно грудного вскармливания здоровых новорожденных<sup>20</sup> в свои 17 национальных консенсусных стандартов индикаторов качества перинатальной помощи. Объединенная комиссия возглавила создание и распространение этих стандартов. Требуется проведение исследований для определения того, является ли практика Baby-Friendly наиболее эффективной в содействии началу и продолжению грудного вскармливания. Для дальнейшего совершенствования могут потребоваться количественные показатели оценки и стратегии качества во имя улучшения помощи при грудном вскармливании.

Меж тем, мы выступаем в защиту создания дополнительных коалиций и сотрудничества в области грудного вскармливания на уровне штата и региона в помощь выполнению национальной инициативы по



грудному вскармливанию, что подчеркивает значение начала грудного вскармливания сразу после родов, принятие ВФН и преемственность при оказании помощи по поводу грудного вскармливания.

Помощь в рамках охраны материнства с центром внимания на семье

Подходы к оказанию помощи в рамках охраны материнства с центром внимания на семье (Family-Centered Maternity Care [FCMC])<sup>6</sup> воспринимают рождение ребенка как состояние благополучия, не болезни, и устанавливают приоритет вовлечения матери и семьи. FCMC основана на следующих основных принципах:

- оказание помощи становится персонифицированным и коллаборативным
- вовлечение семей в комплексную программу дородового обучения
- предоставление семье опыта, включая индивидуализированную помощь, который она желает получить
- уважение пожеланий матери относительно присутствия семьи и друзей на всем протяжении пребывания в стационаре
- призыв к матерям относительно постоянного пребывания их малышей в той же палате
- целенаправленный сестринский уход в области обучения, в том числе на своем примере при оказании безопасной и качественной помощи совместно матери и ребенку
- обеспечение того, что одна и та же медсестра осуществляет уход за парой – матерью и ребенком как одной семейной ячейкой, интегрируя в центр всю семью.

Преимущества совместного пребывания матерей и новорожденных признавались в литературе со времен раннего основополагающего новаторского научного исследования Kennell и Klaus в области связей между матерью и новорожденным ребенком.<sup>21</sup> В работе Epkin также описаны преимущества

раннего и продолжительного контакта матери и младенца.<sup>22</sup> FCMC помогает укрепить связи между матерью и ребенком, повысить возможности проведения медсестрами исключительно важного обучения относительно помощи матери и новорожденному ребенку, планирования семьи и других ключевых тем, а также обеспечить поддерживающую атмосферу для молодой матери и ее семьи с целью узнать своего нового члена и стать знатоком своего ребенка. Было показано, что послеродовая помощь, не являющаяся ни сосредоточенной на семье, ни обусловленной семьей, а оказываемая с удобством для провайдеров, приводит к меньшему удовлетворению матерей всем опытом деторождения.<sup>23</sup>

Нередко послеродовая помощь организована вокруг удовлетворения потребностей больничного персонала, а не потребностей молодых матерей. Согласно Declercq с соавт., 49 процентов новорожденных в настоящее время отделены от матерей в раннем послеродовом периоде; 24 процента новорожденных в послеродовых отделениях проводят со своими матерями только дневное время, и лишь не более 59 процентов новорожденных постоянно находятся со своими матерями.<sup>23,24</sup>

Методика FCMC вводится в практику непоследовательно и часто используется более в качестве маркетингового призыва, нежели философии оказания помощи. Некоторые учреждения могут рекламировать “домашнюю” атмосферу с измененным дизайном дородовых палат/родильных залов при сохранении жестких правил посещения, ограничивающих или запрещающих визиты братьев и сестер или “разрешающих” молодым матерям видеть своих малышей только в заранее определенное время кормлений. Когда Spear рассмотрела посещения сиблингов в 69 послеродовых отделениях американских госпиталей, она выявила,

*Помощь в рамках охраны материнства с центром внимания на семье должна стать теоретическим фундаментом оказания послеродовой помощи с превалированием потребности семьи, причем больничный персонал рассматривает уход за матерью-ребенком в качестве сотрудничества, во время которого может происходить важное просвещение пациентов.*

что 17,4 процента стационаров практиковали ограничение посещений детьми в послеродовом периоде.<sup>25</sup>

Распространенная практика разлучения матерей с их новорожденными детьми вскоре после родов прерывает взаимодействие с ребенком и помощь, необходимую женщинам после рождения ребенка. Сотрудникам послеродовых отделений легче обучить женщину уходу за собой и новорожденным во время короткого периода госпитализации, если она находится рядом со своим ребенком и может попробовать кормление по требованию и осуществление ухода по мере возникновения нужд у младенца.<sup>26</sup>

FCMC соответствует подходу, описываемому Институтом медицины в работе “*Переправа через пропасть качества*”,<sup>27</sup> которая призывает к превращению здравоохранения в высококачественное, безопасное сотрудничество клиницистов, пациентов и семей с центром внимания на пациентах.

FCMC дает медсестра возможность осуществлять уход и за матерью, и за новорожденным прямо в палате женщины, чтобы “сделать мать матерью”<sup>21</sup> и создать взаимно предупредительные и способствующие воспитанию отношения с матерью и семьей. Такой подход позволяет медсестрам показать матерям, как реагировать на их новорожденных детей. Так, например, кормлению грудью обучают, когда ребенок голоден, методикам успокоения ребенка учат, когда ребенок плачет.

Уроки по купанию новорожденного превращаются в уроки поведенческих состояний новорожденного, его неврологической целостности, моторной силы, поведенческих сигналов и рефлексов.<sup>21</sup> Такого рода обучение укрепляет у молодой матери чувство компетентности по мере того, как она изучает собственного ребенка, используя медсестру как образец для подражания и отрабатывая навыки, которые ей могут понадобиться дома для осуществления ухода за малышом.<sup>28</sup>

Госпитали, успешно внедрившие и защитившие FCMC, включают: Медицинский центр госпиталя Evergreen, Киркленд, штат Вашингтон; госпиталь св. Луки, Честерфилд, штат Монтана; госпиталь Доброго самаритянина, Ливан, штат Пенсильвания; Детская больница Техаса, Хьюстон, штат Техас и Мемориальный госпиталь Gaston, Гастония, штат Северная Каролина. FCMC следует стать теоретическим фундаментом оказания послеродовой помощи с превалированием потребностей семьи, причем больничный персонал рассматривает уход за матерью-ребенком в качестве сотрудничества, во время которого может происходить важное просвещение пациентов.

### **Отказ от курения в послеродовом периоде**

Хорошо известно, что курение матери подвергает опасности развитие плода. Во время беременности материнское курение ассоциируется с повышенными рисками недоношенности, низкого веса при рождении и перинатальной смертности. На риски

материнского курения продолжают гораздо дольше и после рождения ребенка. В послеродовом периоде курение матери и прочие контакты с дымом в окружающей среде ассоциируются с повышенными рисками синдрома внезапной смерти младенца, бронхиальной астмы и инфекций среднего уха у детей.<sup>29</sup> Хотя за последние 20 лет частота курения во время беременности в США снизилась в общей сложности на 42 процента, только 2 процента женщин способны бросить курить во время беременности. Из них, примерно, у 70 процентов развивается рецидив, и они возобновляют курение в послеродовом периоде в течение 1 года после рождения ребенка.<sup>29</sup> Помощь женщинам в прекращении табакокурения способна способствовать улучшению их здоровья и здоровья их детей и других членов семьи.<sup>30</sup>

Отказ от курения в послеродовом периоде не представляет собой “одно, подходящее для всех” решение. Женщины, подвергающиеся наивысшему риску рецидива курения, нередко проживают в условиях, связанных с высоким стрессом. Среди них, анамнестические заядлых курильщиц, прослеживается тенденция к бедности и меньшей образованности, чем среди некурящих женщин. Они не кормят грудью, и у них может развиваться послеродовая депрессия умеренной или тяжелой степени. Плюс, часто курят их партнеры. Для сравнения: женщины, которым удалось избежать рецидива курения, – никогда много не курившие представители белой расы, замужние, с лучшим образованием – кормят грудью своих детей.<sup>29</sup>

Некоторые рандомизированные исследования проводились с привлечением родильниц в попытке помочь им бросить курить. Недавно Leavitt опубликовал систематический обзор, суммирующий множественные международные клинические

исследования, применившие следующие вмешательства:

1. краткая консультация и печатные материалы, представленные во время четырех послеродовых посещений;
2. консультирование в родах, проводимое медсестрой, после которого выполняются восемь телефонных консультаций в первые 3 месяца после родов, и
3. проведение детскими медсестрами обучающего вмешательства в течение 7 месяцев.<sup>31</sup>

Хотя ни одно из вмешательств не было специально направлено на родильниц с целью снижения частоты рецидивов курения или улучшения показателей отказа от курения, они, тем не менее, ценны, поскольку ассоциируются с позитивными изменениями отношений и знаний. Хотя исследования, специфичные для женщин в послеродовом периоде, пока еще не продемонстрировали оптимальные методы в помощь отказу от курения, известны многие научно-обоснованные вмешательства, эффективность которых доказана на других популяциях взрослых людей. Четырьмя лучшими вмешательствами являются простой совет врачей,<sup>32</sup> совет и поддержка медсестер,<sup>33</sup> заместительная никотиновая терапия<sup>34</sup> и использование фармакологических агентов, таких как бупропион и варениклина тартрат.<sup>35</sup>

Программа под названием “Мотивационные интервью” (Motivational Interviewing [MI]), представляется многообещающей с доказанной способностью к уменьшению частоты рецидивов курения.<sup>36-38</sup> MI – это методика с центром внимания на пациенте, сосредоточенная на восприятии женщины и социальном контексте, в котором она живет. Она обращается к вопросам отношений и поддержки, влияющих на решение возобновить курение или изменить укоренившиеся закономерности курения.

Медсестры, средний медицинский персонал и врачи могут получить подготовку для осуществления такой формы консультирования. Клинические бригады, работающие с женщинами в послеродовом периоде, могут применять следующие стратегии в помощь женщинам, желающим бросить курить:

- Разработать/получить образовательные материалы, кратко описывающие воздействие пассивного курения на младенцев и детей раннего возраста, и распространять их во время третьего триместра и послеродового периода.
- Создать ресурсы для максимизации поддержки и предложения пациентке и семье информации, призывающей к грудному вскармливанию.
- Создать ресурсы в пределах медицинской бригады для проведения мотивационных интервью в ходе нескольких посещений женщин, подвергающихся повышенному риску рецидива курения. Консультирование возможно инкорпорировать в визиты в рамках дородовой, послеродовой помощи и диспансерного наблюдения за здоровым ребенком или проводить его во время отдельных посещений на дому или амбулаторных визитов.
- Интегрировать стратегии в CenteringPregnancy®, модель групповой дородовой помощи, при которой беременные женщины участвуют в оказании им помощи (см. Главу 4 или групповые визиты в рамках диспансеризации здорового ребенка).

### Скрининг на послеродовую депрессию

Послеродовая депрессия – эпизод большой или малой депрессии, возникающий на протяжении первых 12 месяцев после родов – является крупной проблемой общественного здравоохранения. До 19,2 процентов молодых матерей переносят большую или малую депрессию в первые 3 месяца после родов, а у 7,1 процентов развивается большая депрессия.<sup>39</sup>

Послеродовая депрессия – это вор, крадущий радость материнства, вносящий сумятицу в жизни молодых матерей и их партнеров и в развитие младенцев и детей, которые могут страдать от такого воздействия на более поздних этапах в форме поведенческих и эмоциональных проблем.<sup>40</sup>

Поразительной характеристикой этого критического расстройства настроения является его скрытость. Не диагностированная послеродовая депрессия способна привести к трагедии, причем не всегда в форме материнского суицида или убийства ребенка, что попадает на первые полосы газет, но вследствие превращения жизни женщин в ночной кошмар, а их заветные первые несколько месяцев материнства – в темные воспоминания. Вот почему столь важен универсальный, рутинный скрининг послеродовой депрессии среди молодых матерей в течение первого года после рождения ребенка.

Послеродовая депрессия поддается лечению, но для этого ее надо выявить. Проведение скрининга послеродовой депрессии и обеспечение доступного эффективного наблюдения и лечения являются прерогативой медицинских работников в акушерстве, педиатрии, первичной медико-санитарной помощи и семейной медицине, а также психиатрии, вступающих в наиболее регулярный контакт с молодыми матерями в течение первого года после рождения ребенка.

Скрининг послеродовой депрессии среди женщин следует проводить, по крайней мере, один раз в период от 2 до 12 недель после родов. Рутинный скрининг до 2 недель после рождения ребенка может привести к получению ложноположительных результатов, поскольку в это время нередко женщины испытывают “меланхолию материнства” (транзиторная тревога, слезливость и изменения настроения). Если скрининг матери на послеродовую депрессию отрицателен на протяжении этих первых

нескольких недель, то она должна пройти скрининг снова.

Послеродовая депрессия может развиваться у женщин в любое время в течение первого года, хотя у большинства это нарушение настроения проявляется в первые 3-6 месяцев. Если у женщины развивается послеродовая депрессия после отрицательного Именуются две надежные и достоверные методики скрининга на послеродовую депрессию: *Скрининг-шкала послеродовой депрессии (Postpartum Depression Screening Scale [PDSS])*<sup>41</sup> и *Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS])*.<sup>42</sup> Шкала PDSS представляет собой анкету с 35 вопросами с ответами по Ликерту, составленных по семи сферам – нарушение сна/аппетита, тревога/чувство незащищенности, эмоциональная лабильность, чувство вины/стыда, когнитивное нарушение, потеря своего Я и мысли о самоубийстве. PDSS включает также Индекс несоответствия ответов (Inconsistent Response Index [INC]) в качестве индикатора того, ответила ли женщина на вопрос по шкале соответствующим образом. Однако есть и форма *PDSS-Short Form*, содержащая только первые семь вопросов полной шкалы и являющаяся высоконадежной с чувствительностью 94 процента и специфичностью 98 процентов.<sup>41</sup>

EPDS – это шкала из 10 вопросов для самостоятельного ответа, также являющаяся высоконадежной.<sup>42</sup> Она оценивает следующие симптомы

результата скрининга и в отсутствии повторного скрининга, то ей грозит испытать на себе все тернии системы здравоохранения без установления диагноза и назначения лечения, что сопряжено с риском необоснованного затягивания эпизода.

депрессии: неспособность смеяться, неспособность с нетерпением ожидать чего-то с радостью, необоснованные упреки в собственный адрес, чувство тревоги или беспокойности, чувство испуга или паники, ощущение “подавленности происходящим,” трудности со сном из-за плохого настроения, ощущение печали или собственной никчемности, плач и мысли о причинении вреда. Используя количество баллов 12/13 для отражения большой депрессии, EPDS достигало чувствительности 86 процентов и специфичности 78 процентов.<sup>42</sup>

К скринингу послеродовой депрессии существуют препятствия, обычно связанные с клиницистом-пациентом или с системами.<sup>43</sup> Препятствия, связанные с пациентами, включают затраты, отсутствие страхового покрытия или иного доступа к получению помощи или социальную стигму; к связанным с клиницистами препятствиям относятся отсутствие времени, недостаточные знания подготовка, а также ограничительные правила управляемой медицинской помощи; препятствия, связанные с системами, включают отделение служб охраны

*Проведение скрининга послеродовой депрессии и обеспечение доступного эффективного наблюдения и лечения являются прерогативой медицинских работников в акушерстве, педиатрии, первичной медико-санитарной помощи и семейной медицине, а также психиатрии, вступающих в наиболее регулярный контакт с молодыми матерями в течение первого года после рождения ребенка.*

психического здоровья от первичной медико-санитарной и акушерской помощи.

Однако эти препятствия преодолимы. Вот что наблюдали Mancini, Carlson и Albers в своем изучении успешной программы скрининга послеродовой депрессии в коллаборативной практике акушеров и медсестер-акушерок большого объема в Альбукерке, Нью-Мексико.<sup>44</sup> Ключом к успеху программы стала динамическая диаграмма процесса PDSS, давшая возможность провайдерам для окончательной диагностики и лечения направлять матерей с положительными результатами скрининга к сотрудникам системы охраны психического здоровья, специализирующимся на ведении послеродовых нарушений настроения.<sup>44</sup> Скрининг проводился во время медицинского осмотра на 6 неделе после родов. Медицинские ассистенты просили матерей заполнить *Краткую форму PDSS* и подсчитывали результаты в баллах. Если у матери количество баллов достигало 14 или выше, ее просили ответить на оставшиеся 28 вопросов PDSS. При положительном результате скрининга с использованием полной PDSS с количеством баллов 80 или выше женщина направлялась к специалисту по охране психического здоровья с целью проведения дополнительного обследования и, при необходимости, лечения. На протяжении периода 1 года у 16 процентов женщин определяется положительный скрининг на послеродовую депрессию. Mancini с соавт. пришли к

*Одно исследование пришло к выводу о том, что скрининг послеродовой депрессии с применением PDSS можно инкорпорировать в практику акушеров и медсестер-акушерок с большим потоком пациентов и что матери по достоинству оценивают клиницистов, обращающих внимание на их психическом здоровье.*

выводу о том, что скрининг послеродовой депрессии с применением PDSS можно инкорпорировать в практику акушеров и медсестер-акушерок с большим потоком пациентов и что матери по достоинству оценивают клиницистов, обращающих внимание на их психическом здоровье.<sup>44</sup>

Универсальный рутинный скрининг послеродовой депрессии жизненно важен для качества жизни и психического здоровья матерей и их семей, но скрининг сам по себе не способен обеспечить улучшение клинических исходов. Он должен быть дополнен направлениями с целью наблюдения, диагностики и лечения в системе охраны психического здоровья. Мы ратуем за сотрудничество между медицинскими работниками в области акушерства, педиатрии, первичной медико-санитарной помощи и психиатрии в помощь обеспечению универсальности скрининга, а также эффективных наблюдения и лечения.

### **Послеродовое посттравматическое стрессовое расстройство**

В скрининг на послеродовую депрессию следует включать посттравматическое стрессовое расстройство (post-traumatic stress-disorder [PTSD]). В типичном случае у пациентов с PTSD симптомы появляются после воздействия на них травматического события, такого как смерть, серьезная травма или угроза физической целостности, сопровождающегося опытом интенсивного страха, беспомощности или ужаса. Раннее распознавание и

вмешательство могут предотвратить страдания, способствовать воспитанию детей и предотвратить развитие хронического PTSD.

Хотя изначально PTSD был описан у мужчин-ветеранов боевых действий, эпидемиологические исследования повторно демонстрируют более высокую частоту PTSD у женщин по сравнению с мужчинами. Беременность, невынашивание беременности и деторождение являются потенциальными пусковыми механизмами PTSD. Рождение ребенка, требующего неонатального реанимационного пособия, также может вызвать острый стресс и симптомы PTSD у родителей, в частности, матерей.<sup>45,46</sup> Потенциально травмирующие черты деторождения включают страх (по поводу личной безопасности и безопасности плода), беспомощность, исключительно сильную боль и утрату контроля. В одном проспективном исследовании у 33 процентов родильниц выявлялось травматическое событие, связанное с родами, а 5,6 процентов полностью удовлетворили критериям острого PTSD.<sup>47</sup> Частота PTSD имеет тенденцию к ассоциации с акушерским вмешательством большего объема и к снижению в динамике.<sup>48</sup>

Выкидыш также способен стать причиной PTSD. Другое проспективное исследование выявило очень высокие показатели PTSD (25 процентов через 1 месяц после прекращения беременности), которые снизились со временем (7 процентов через 4 месяца после прекращения беременности). Исследование также выявило более высокую частоту сопутствующей депрессии у женщин с PTSD по сравнению с женщинами без PTSD (34 процента против 5 процентов); такая депрессия с меньшей вероятностью походила со временем.<sup>49</sup> Однако частота PTSD после прерывания незапланированной беременности была ниже (приблизительно, 1 процент).

Женщины с анамнезом травматических событий или психологических проблем<sup>48</sup> или пациентки, испытывающие психологические трудности в настоящее время, подвергаются более высокому риску по сравнению с остальными развития PTSD после родов или невынашивания беременности. Симптомы PTSD могут принимать только одну из трех форм. Они способны заставить пациенток повторно переживать травматическое событие из-за навязчивых тревожных образов из прошлого, ночных кошмаров, воспоминаний или памяти о событиях, вызвать психологический или физиологический дистресс; они могут породить в пациентках нежелание осмысливать события и неспособность припомнить его детали, оставляя женщин безразличными к обычной деятельности и отрешенными от окружающих с ощущением неминуемой смерти; альтернативно может развиться повышенная возбудимость нервной системы, следствием которой являются бессонница, раздражительность, трудности с концентрацией внимания, избыточная бдительность или подчеркнутый рефлекс испуга.<sup>50</sup>

Наиболее эффективным способом предотвращения PTSD у женщин в послеродовом периоде является выявление во время беременности тех, кто подвергается риску постнатальной травмы с тем, чтобы таким пациентам можно было бы предложить дополнительную поддержку в родах. Исключительно важен скрининг женщин на субъективные реакции на стресс после родов или выкидыша с предоставлением им соответствующего лечения или направлением их к специалисту для проведения лечения. Скрининг может быть письменным или устным с использованием методики Скрининга в первичной медико-санитарной помощи (Primary Care PTSD Screen [PC-PTSD]), в рамках которой задаются следующие вопросы с ответом “да/нет:”<sup>51</sup>

“Отмечался ли *когда-либо* в вашей жизни опыт, который показался вам пугающим, ужасным или расстраивающим, а в прошедший месяц вы...

- мучились ночными кошмарами относительно этого или мыслями об этом, возникавшими против вашего желания?
- очень старались не думать об этом или идти таким путем, чтобы избежать ситуаций, напоминающих вам об этом?
- были все время настороже, бдительны или легко пугались?
- ощущали онемение или отрешенность от окружающих, деятельности или вашего окружения?”

Три положительных ответа (“да”) указывают на позитивный скрининг и предполагают направление к специалисту по охране психического здоровья.

Согласно данным акушерок из Университета Griffith в Австралии консультирование родильниц с помощью PTSD способно принести огромную пользу. Они разработали модель консультирования женщин после неутешительных событий в родах. Вмешательство подчеркивает значение безопасных терапевтических отношений для работы с восприятиями события женщинами и связями с их эмоциями, восполнения недостающих фрагментов, проведения разбора менеджмента родов, повышения социальной поддержки, укрепления позитивных подходов к преодолению ситуации и поиску решений.<sup>52</sup>

Хотя создается впечатление об эффективности проведения опроса под руководством акушерок для облегчения симптомов травматического стрессового расстройства, такой подход, по большей части, не апробирован и нуждается в дальнейших исследованиях.<sup>48</sup> Кроме того, важно проводить

длительное наблюдение за женщинами с симптоматикой с целью выявления тех, у кого разовьется хронический PTSD.<sup>48</sup> Мы советуем, чтобы работающие в акушерстве медики учились распознавать и проводить скрининг PTSD среди женщин после выкидыша и после родов. Мы также предлагаем, чтобы скрининг на PTSD добавлялся к скринингу на послеродовую депрессию.

### **Выводы и рекомендации**

Данная глава посвящена пяти аспектам послеродовой помощи, которые могут служить повесткой дня действий по изменению и улучшению качества этой помощи в 21-м веке.

Мы рекомендуем:

- возрожденный центр внимания на потребности в незамедлительном и продолжительном грудном вскармливании и повышении осведомленности об успешных программах содействия грудному вскармливанию, таких как Инициатива “Госпиталей, дружественных к ребенку”
- рутинную помощь в рамках родовспоможения с центром внимания на семье с целью лучшего удовлетворения

*Исключительно важен скрининг женщин на субъективные реакции на стресс после родов или выкидыша с предоставлением им или соответствующего лечения или направлением их к специалисту для проведения лечения*



- потребностей в формировании привязанности и обучении матерей, новорожденных и семей
- стандартизированные программы отказа от курения, предлагаемые всем молодым матерям, употребляющим табак
- рутинный скрининг и ведение послеродовой депрессий<sup>53</sup>
- рутинная оценка и скрининг послеродового посттравматического стрессового

расстройства в послеродовом периоде.

Перестройка послеродовой помощи с включением этих вопросов движется в направлении улучшения качества помощи после родов и оказания поддержки с захватом детского периода новорожденного.



## Ссылки

---

1. American Academy of Pediatrics. Policy Statement on Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2005;115:496--506.
2. Stark AR, Lannon CM. Systems changes to prevent severe hyperbilirubinemia and promote breastfeeding: pilot approaches. *J Perinatol* 2009;29 Suppl 1:S53-7.
3. McDowell MM, Wang CY, Kennedy-Stephenson J. Breastfeeding in the United States: findings from the national health and nutrition examination surveys, 1999-2006. *NCHS Data Brief* 2008(5):1-8.
4. Baby-Friendly Hospital Initiative. Ten Steps to Successful Breastfeeding. 2010.
5. Philipp BL, Merewood A, Miller LW, et al. Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics* 2001;108(3):677-81.
6. Phillips C. Family centered maternity care. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2003.
7. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2005(2):CD001141.
8. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(1):CD001141.
9. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. *Birth* 2007;34(3):202-11.
10. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(3):CD003519.
11. Forster DA, McLachlan HL. Breastfeeding initiation and birth setting practices: a review of the literature. *J Midwifery Womens Health* 2007;52(3):273-80.
12. Rosenberg KD, Eastham CA, Kasehagen LJ, Sandoval AP. Marketing infant formula through hospitals: the impact of commercial hospital discharge packs on breastfeeding. *Am J Public Health* 2008;98(2):290-5.
13. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics* 2008;122 Suppl 2:S69-76.
14. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;149(8):565-82.
15. Breastfeeding-related maternity practices at hospitals and birth centers--United States, 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2008;57(23):621-5.
16. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116(5):1245-55.
17. American Academy of Pediatrics (ed). *Safe and Healthy Beginnings: A Resource Toolkit for Hospitals and Physicians' Offices*: American Academy of Pediatrics 2008.
18. Bartick M, Stuebe A, Shealy KR, Walker M, Grummer-Strawn LM. Closing the quality gap: promoting evidence-based breastfeeding care in the hospital. *Pediatrics* 2009;124(4):e793-802.
19. The Breastfeeding Mothers' Bill of Rights In: S1107-A; 2009, <http://open.nysenate.gov/legislation/bill/S1107A-2009>
20. National Quality Forum (NQF). *National Voluntary Consensus Standards for Perinatal Care 2008: A Consensus Report*. Washington, DC: NQF, 2009.
21. Klaus MH, Kennell JH. *Maternal infant bonding: The impact of early separation or loss on family development*. St. Louis, MO: Mosby, 1976.
22. Enkin M, Keirse MJ, Neilson J, et al. *Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis*. *Birth* 2001;28:41-51.
23. Declercq ER, Sakala C, Corry MP and Applebaum S. *Listening to Mothers II: Report of the second national survey of women's childbearing experiences*. New York, NY: Childbirth Connections, 2006.
24. *New Mothers Speak Out*. Childbirth Connections, 2008. [www.childbirthconnections.org](http://www.childbirthconnections.org)
25. Spear HJ. Child visitation policy and practice for maternity units. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2009;34:372-7.

26. Karl DJ, Beal JA, O'Hare CM, Rissmiller PN. Reconceptualizing the nurse's role in the newborn period as an "attacher". *MCN Am J Matern Child Nurs* 2006;31:257-62.
27. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
28. Blackburn S, Bakewell-Sachs S. Understanding your newborn (video). March of Dimes, 2007.
29. Fang WL, Goldstein AO, Butzen AY, et al. Smoking cessation in pregnancy: a review of postpartum relapse prevention strategies. *J Am Board Fam Pract* 2004;17:264-75.
30. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 (3):CD001055.
31. Levitt C, Shaw E, Wong S, Kaczorowski J, McMaster University Postpartum Research Group. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of interventions for smoking relapse prevention, cessation, and reduction in postpartum women. *Birth* 2007 (34):341-7.
32. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD000165.
33. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst rev* 2004;(1):CD001188.
34. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD000146.
35. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD000031.
36. Thyrian JR, Freyer-Adam J, Hannover W, et al. Adherence to the principles of Motivational Interviewing, clients' characteristics and behavior outcome in a smoking cessation and relapse prevention trial in women postpartum. *Addict Behav* 2007;32:2297-303.
37. Ruger JP, Weinstein MC, Hammond SK, Kearney MH, Emmons KM. Cost-effectiveness of motivational interviewing for smoking cessation and relapse prevention among low-income pregnant women: a randomized controlled trial. *Value Health* 2008;11:191-8.
38. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD006936.
39. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005;106:1071-83.
40. Hay DF, Pawlby S, Angold A, Harold GT, Sharp D. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol* 2003;39:1083-94.
41. Beck CT, Gable K. *Postpartum Depression Screening Scale Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 2002.
42. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
43. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med* 2007;20:280-8.
44. Mancini F, Carlson C, Albers L. Use of the Postpartum Depression Screening Scale in a collaborative obstetric practice. *J Midwifery Womens Health* 2007;52:429-34.
45. Shaw RJ, Bernard RS, DeBlois T, et al. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics* 2009;50:131-13.
46. Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *JOGNN* 2003;32:161-171.
47. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptom incidence and contributing factors. *Birth* 2000;27:104-11.
48. Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47:552-67.
49. Engelhard IM. Miscarriage as a traumatic event. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47:547-51.
50. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
51. Weathers FW, Huska JA, Keane TM. *PCL-C for DSM-IV*. Boston, MA: National Center for PTSD — Behavioral Science Division, 1991.
52. Gamble J, Creedy DK. A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery* 2009;25:e21-30.

53. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 453: Screening for depression during and after pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010;115:394-5.

## Глава 13:

# Возможности практических действий и обобщение рекомендаций

### Координационный комитет ТИОР III

“На пути к улучшению исходов беременности: совершенствование перинатального здравоохранения посредством проведения инициатив по улучшению качества, безопасности и производительности труда“ (ТИОР III) представляет собой монографию, посвященную необходимости улучшения качества медицинского обслуживания на всем протяжении оказания перинатальной помощи от времени до зачатия до послеродового периода. Используя примеры многообещающих и успешных инициатив, проведенных в госпиталях и системах охраны здоровья по всей стране, ТИОР III иллюстрирует специфические стратегии и вмешательства, включающие надежный процесс и системные перемены, в том числе силу сотрудничества по улучшению качества на всей территории штата, во имя улучшения качества перинатальной помощи.

ТИОР III представляет собой также и методику для максимально широкой аудитории – от клиницистов передней линии до специалистов по общественному здравоохранению, исследователей, лиц, отвечающих за политику в области здравоохранения, плательщиков, пациентов и семей – всех, стремящихся улучшить перинатальное здоровье. Каждая из этих заинтересованных сторон отличается уникальной ролью и ответственностью в достижении поставленной цели, но успех в конечном итоге зависит от сотрудничества, кооперации и стремления к общему видению национальной системы, в том числе научно-обоснованной, высококачественной и рентабельной помощи, удовлетворяющей потребности пациентов и их семей. ТИОР III объединяет ряд сквозных тем с планом действий, которые все заинтересованные стороны должны подключить к своим усилиям по улучшению исходов беременности. Монография описывает различные научно-доказательные мероприятия и вмешательства, которые в настоящее время можно инкорпорировать в усилия и инициативы по улучшению качества перинатальной помощи с целью улучшения исходов

беременности. Критически важно сосредоточиться на этих темах и вариантах действий, по мере выполнения Соединенными Штатами инициатив по улучшению качества, безопасности и производительности труда, необходимых для совершенствования перинатального здравоохранения.

К ним относятся:

- Обеспечение проведения надежных инициатив по улучшению качества и безопасности перинатальной помощи.
  - Разрабатывать, распространить и поддержать достоверные индикаторы улучшения качества и производительности перинатальной помощи; собирать стандартизированные, сравнимые данные; проводить разборы практики и обеспечивать подотчетность.
  - Поощрять и стимулировать применение комплекса основных индикаторов перинатальной помощи Объединенной комиссии, а также иных перинатальных индикаторов, одобренных Национальным форумом качества.
  - Определить и распространить научно-обоснованные виды практики перинатальной помощи;

- внедрять стандартные комплексы научно-обоснованных видов практики, которые, как было показано, улучшают исходы при условии коллективного и надлежащего исполнения.
- Пропагандировать эффективные инициативы в области центров здоровья, а также коалиции и многопрофильные сотрудничества на всей территории штата, оптимизирующие воздействие инициатив по улучшению качества перинатальной помощи.
  - Содействовать своевременной обратной связи, повышению публичной отчетности и прозрачности относительно индикаторов исходов во всех инициативах по улучшению качества перинатальной помощи.
  - Содействовать исследованиям для обеспечения клинической практики научными доказательствами, сравнениям альтернативных видов практики и выявлению стратегий, способствующих внедрению доказательных видов практики.
  - Стремление к равноправию и снижению неравенства в доступе к перинатальной помощи и ее исходах.
    - Содействовать справедливости и доступу к помощи во всем диапазоне спектра перинатальных услуг, оказываемых с учетом особенностей культуры и развития
    - Улучшать доступ к качественному медицинскому обслуживанию вне зависимости от платежеспособности пациента.
  - Расширение прав женщин и семей с информацией, способствующей созданию полноценных партнерств между работниками здравоохранения и пациентами и совместному принятию решений по поводу перинатальной помощи.
    - Просвещать семьи, расширять их права и возможности с обеспечением поддержки для их более активного участия в оказании помощи и усилиях по улучшению перинатального здоровья.
  - Стандартизация регионализации перинатальных услуг.
    - Разработать стандартные определения и руководства для применения на всей территории страны на всех уровнях системы охраны материнства и детства, которые бы последовательно использовались для оптимизации эффективной регионализации помощи в родовспоможении и неонатологии.
  - Укрепление национальной системы витальной статистики.
    - Создать высоконадежную и валидную систему сбора сведений о материнской и неонатальной витальной статистике; поддерживать и пропагандировать создание электронных историй болезни для обеспечения экспертного анализа и улучшения в перинатальной помощи.
    - Использовать электронную медицинскую документацию и электронную инфраструктуру для содействия коммуникации в пределах интегрированных систем учреждений родовспоможения или отдельных госпиталей.

Каждая глава этой книги посвящена конкретным рекомендациям по медицинскому обслуживанию на всем протяжении оказания перинатальной помощи, что адресовано различным заинтересованным сторонам. Хотя ниже следующие рекомендации сгруппированы в соответствии с различными составляющими системы охраны здоровья, мы призываем заинтересованные стороны выполнить максимальное количество этих рекомендаций. В конечном итоге для успешной каталитической и внедрения системных перемен понадобится команда увлеченных заинтересованных сторон, стремящихся к улучшению исходов беременности.

## Работники здравоохранения и лечебно-профилактические учреждения

1. Использовать лучшие виды практики и научно-обоснованные руководства по безопасности на всем протяжении оказания перинатальной помощи, от времени до зачатия до послеродового периода, предоставляя обслуживание с учетом особенностей культуры, развития и языка, а также с центром внимания на семье.
2. Начинать оказание перинатальной помощи до зачатия и проводить регулярный скрининг, включая, по крайней мере, двукратное ультразвуковое обследование каждой беременной женщины – одно в первом и одно во втором триместре – для подтверждения срока родов, выявления врожденных пороков развития плода и генетических нарушений, а также риска неблагоприятных исходов беременности.
3. Назначать женщинам уместные дородовые вмешательства (к примеру, антенатальные стероиды, профилактика прогестероном для предотвращения рецидивирующих преждевременных родов) и внутриродовые вмешательства, включая применение научно-обоснованных протоколов лечения окситоцином, сульфатом магния, пособия при дистоции плечиков, послеродовом кровотечении, с исключением родоразрешений без медицинских показаний до 39 недель гестации.
4. Вступить в конструктивные обучающие взаимодействия с пациентами с учетом их культурных особенностей для расширения их прав и возможностей путем предоставления информации в помощь их участию в собственном медицинском обслуживании и принятии решений.
5. Принять на вооружение проведение доказательных инициатив по безопасности лечения в отделениях реанимации новорожденных, включая

снижение частоты нозокомиальных инфекций, улучшение общения/передач пациентов по смене и внедрение в практику обучения с моделированием

6. Включить в послеродовую помощь научно-обоснованное снижение риска, такое как программы отказа от курения, возрожденный центр внимания на важности грудного вскармливания и рутинного скрининга послеродовой депрессии и послеродового посттравматического стрессового расстройства.

## Общественное здравоохранение

1. Создать надежную национальную систему витальной статистики, включающую оценки качества данных, для обеспечения сбора надежной и точной информации на местном, региональном и федеральном уровнях; обеспечить внедрение всеми штатами родового сертификата 2003 г. и своевременную передачу данных.
2. Призвать к прозрачности действий поставщика услуг и индикаторов качества работы лечебно-профилактических учреждений; создать электронные истории болезни и системы, допускающие отсылки к клиническим источникам, для создания всеобъемлющей системы фиксирования данных на всем протяжении перинатальной помощи от времени до зачатия до послеродового периода.
3. Признать взаимозависимость между содействием равноправию и улучшению качества и достижением оптимальной помощи и исходов лечения.
4. Разработать руководства, приемлемые в национальном масштабе, для регионализации перинатальной помощи и призвать регионы и лечебно-профилактические учреждения следовать этим стандартам.
5. Создать комплексные службы для пациентов в дородовом, интранатальном и послеродовом

- периоде, нуждающихся в консультировании и лечении по поводу нарушений поведения и психических заболеваний.
6. Создать комплексные службы для младенцев с отставанием в развитии и врожденными пороками и их семей.

### **Научные работники**

1. Оценить лучшие виды практики при оказании перинатальной помощи в целях содействия созданию научно-обоснованных руководств.
2. Разработать междисциплинарную исследовательскую повестку дня, включающую фундаментальную науку, а также эпидемиологические, клинические, поведенческие и социальные науки для изучения причин неблагоприятных исходов родов и факторов, вносящих вклад в неблагоприятные исходы, включая генетику, стресс, а также расовое и этническое неравенство.
3. Найти и оценить многоцентровые демонстрационные проекты, проводящие доказательные вмешательства.
4. Поддержать сравнительные исследования эффективности для должного определения качества исходов и процессов и помочь плательщикам в целях стимулирования провайдеров к оказанию качественной помощи.

### **Лица, отвечающие за политическую линию в здравоохранении, и плательщики**

1. Плательщики – частные страховые компании и Medicaid — должны играть более значительную роль в улучшении качества охраны здоровья матери и ребенка.
2. Провайдеров следует считать ответственными за оказания помощи, отражающей научно-обоснованные руководства и клинические стандарты.
3. Использовать электронные истории болезни и технологии для связывания

исследований в области клинической помощи, надзора и исходов.

4. Внедрять, стимулировать и оценивать индикаторы улучшения перинатальной помощи, разработанные такими организациями, как Объединенная комиссия и Национальный форум качества
5. Идентифицировать и анализировать новаторские и успешные подходы к улучшению перинатальной помощи путем принятия стандартов качества; составить список препятствий и обратиться к вопросам их преодоления с целью улучшения производительности и качества труда и мобилизовать местные, региональные и национальные коалиции на широкой основе.

### **Пациенты и семьи**

1. Призвать поставщиков услуг принять на вооружение оказание помощи с центром внимания на пациенте и семье, включая групповой дородовой патронаж, помощь в родах и послеродовом периоде с центром внимания на семье, семейную поддержку в ОРИТН и паллиативную помощь.
2. Поощрять провайдеров признавать и принимать критически важную роль пациентов и семей как партнеров в принятии решений.
3. Расширять права и возможности пациентов и семей с тем, что они становились партнерами работников здравоохранения посредством их обучения знанию собственного семейного анамнеза и задаванию вопросов в попытке прогнозировать, управлять и снижать риск потенциальных неблагоприятных исходов родов.
4. Призвать систему здравоохранения, а также национальные организации включать семьи в инициативы по улучшению качества перинатальной помощи.



### Обобщение ТИОР I, ТИОР II и ТИОР III

|                        | ТИОР I   | ТИОР II  | ТИОР III  |
|------------------------|--|--|---|
| Год опубликования      | 1976   | 1993   | 2010  |
| Основное внимание      | Региональная система перинатальной помощи  | Помощь до и во время беременности<br>Помощь во время родов и впоследствии<br>Документальное отражение и анализ данных<br>Финансирование  | Укрепление перинатального здравоохранения посредством проведения инициатив по улучшению качества, безопасности и производительности труда   |
| Первичные рекомендации | Уровни оказания помощи<br>Уровень I – без осложнений со стороны матери и новорожденного<br>Уровень II – не осложненные случаи и большинство осложненных<br>Уровень III – не осложненные случаи и все серьезные осложнения<br>Подготовительное и непрерывное образование в региональной системе<br>Координация и коммуникация в региональной системе<br>Основная задача на будущее – финансирование, обучение, инициация действий | Пропаганда здоровья и образование<br>Осведомленность о репродуктивном здоровье<br>Структура и подотчетность<br>Помощь до зачатия и между зачатиями<br>Амбулаторное дородовое наблюдение<br>Стационарная помощь<br>Неонатологическое пособие<br>Улучшение обеспеченности поставщиками перинатальных услуг<br>Данные, документация и оценка<br>Финансирование перинатальной помощи | Обеспечение проведения надежных инициатив по улучшению качества и безопасности перинатальной помощи<br>Содействие равноправию и снижению неравенства в исходах перинатальной помощи<br>Расширение прав и возможностей женщин и семей с помощью информации в целях содействию созданию полноценного партнерства между медицинскими работниками и пациентами и совместного принятия решений в перинатальной помощи<br>Стандартизация регионализации перинатальных услуг<br>Укрепление национальной системы витальной статистики |

Национальный офис в США  
1275 Mamaroneck Avenue  
White Plains NY 10605 USA  
+1-914-428-7100  
marchofdimes.com

©2011 March of Dimes Foundation. All rights reserved.

